

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

2030

Conteúdo

II.	Atual Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).....	7
III.	Outras respostas abrangidas pelos cuidados de longa duração	15
IV.	Visão estratégica de futuro para a RNCCI 2030	25
	Pilar 1. Reforçar as respostas domiciliárias e de ambulatório.....	25
	Pilar 2. Incrementar as respostas da RNCCI nas suas três áreas de cuidados	31
	Pilar 3. Melhorar a intervenção e a prestação de cuidados.....	33
V.	Revisão e atualização	36
VI.	ANEXO.....	37

I. Enquadramento

Os sistemas de saúde e de proteção social enfrentam importantes desafios associados à evolução das necessidades da população, fruto das mudanças demográficas e epidemiológicas e do aumento das exigências e expectativas dos cidadãos, num contexto de custos crescentes e de recursos escassos.

As despesas associadas ao envelhecimento da população, em particular as referentes a pensões e saúde, conjugadas com o aumento dos custos da própria prestação de cuidados, nomeadamente as decorrentes da necessidade de reforço dos recursos humanos e pela inovação tecnológica, colocam uma forte pressão sobre o desempenho económico-financeiro e orçamental dos vários países, principalmente dos mais desenvolvidos.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2023, cerca de 24% da população portuguesa era considerada idosa, mais 2,31 pontos percentuais do que em 2017. O índice de envelhecimento em Portugal, que reflete o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos, aumentou de 157,9 para 188,1, de 2017 para 2023.

Os desafios associados ao envelhecimento acelerado da população são particularmente relevantes para o Serviço Nacional de Saúde (SNS)¹, que assume um papel central na resposta aos cidadãos. O serviço público de saúde tem, por isso, de ser capaz de se adaptar às novas circunstâncias, reformando-se estruturalmente, de forma a poder continuar a cumprir a sua missão e a atingir os seus objetivos, nomeadamente promover e garantir o direito à saúde e à prevenção da doença, assegurando uma resposta global e integrada à população. Para tal, tem de ter uma capacidade de resposta atempada, flexível e de qualidade, e tem de encontrar soluções adequadas, muitas vezes inovadoras, e cada vez mais colaborativas.

Nesse sentido, o planeamento da atividade e a execução dos instrumentos de gestão devem estar alinhados com as necessidades da população e com as orientações estratégicas que definem as políticas públicas e, em particular, as políticas setoriais das áreas da saúde e da segurança social. Para a concretização desse desígnio, evidencia-se:

- A Estratégia Portugal 2030, aprovada em anexo à [Resolução do Conselho de Ministros n.º 98/2020](#), de 13 de novembro, que constitui o quadro de orientação geral para a

¹ O SNS é o conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, dirigido pelo Ministério da Saúde, que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde, nos termos previstos na [Lei n.º 95/2019](#), de 4 de setembro, que aprova a Lei de Bases da Saúde.

definição e implementação das políticas públicas estruturais para a promoção do desenvolvimento económico e social do país na próxima década. Esta Estratégia consagra a «resiliência do sistema de saúde» como um dos domínios estratégicos da agenda 1 «as pessoas primeiro: um melhor equilíbrio demográfico, maior inclusão, menos desigualdade»;

- O Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), enquanto programa de aplicação nacional, com um período de execução até 2026, que visa implementar um conjunto de reformas e investimentos destinados a repor o crescimento económico sustentado, após a pandemia de COVID-19, reforçando o objetivo de convergência de Portugal com a Europa, ao longo da próxima década. O PRR está assente em três dimensões estruturantes – resiliência, transição climática e transição digital - tem: (i) uma componente dedicada ao reforço da capacidade do SNS, para responder às mudanças demográficas e epidemiológicas do país, à inovação terapêutica e tecnológica, à tendência de custos crescentes em saúde e às expectativas de uma sociedade mais informada e exigente, e; (ii) outra componente dedicada ao reforço, adaptação, requalificação e inovação das respostas sociais dirigidas às crianças, pessoas idosas, pessoas com deficiência ou incapacidades e famílias, tendo em vista a promoção da natalidade, do envelhecimento ativo e saudável, da inclusão e promoção da autonomia e da conciliação entre atividade profissional e a vida pessoal e familiar e a coesão social e territorial, assim como promover uma intervenção integrada em comunidades desfavorecidas, com vista ao combate à pobreza. O PRR constitui-se ainda como um acelerador das políticas públicas, constando do mesmo um conjunto de reformas e de investimentos que permitam reforçar a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e criar uma Nova Geração de Equipamentos e Respostas Sociais;
- A Lei das Grandes Opções para 2023-2026, aprovada [Lei n.º 38/2023](#), de 2 de agosto, que orienta a estratégia de ação política económica, social e territorial, identifica cinco grandes desafios, um transversal e quatro estratégicos, para a ação governativa, nomeadamente: (i) boa governação; (ii) alterações climáticas; (iii) demografia; (iv) desigualdades; (v) sociedade digital, da criatividade e da inovação. Destaca-se aqui as questões relacionadas com as mudanças na demografia, que causam enorme pressão sobre os serviços de saúde e que identifica o SNS como domínio prioritário de intervenção das políticas públicas;

- O Programa de Estabilidade 2023-2027 e o Programa Nacional de Reformas de 2023, que se constituem como instrumentos transversais de planeamento em Portugal;
- O Plano de Ação de Envelhecimento Ativo e Saudável, aprovado através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024, de 12 de janeiro, o qual integra seis pilares de atuação, nomeadamente: saúde e bem-estar; autonomia e vida independente; desenvolvimento e aprendizagem ao longo da vida; vida laboral saudável ao longo do ciclo de vida; rendimentos e economia do envelhecimento e participação na sociedade.

Sublinha-se, ainda, que os vários documentos estratégicos e recomendações dos organismos internacionais têm focado a transição demográfica e epidemiológica como fatores que contribuem para o acentuar do peso da doença crónica e da comorbilidade, assim como da perda de funcionalidade associadas à conjugação de todos esses elementos.

Neste quadro estratégico, foram concebidos, na área governativa da saúde e até 2030, os seguintes instrumentos de planeamento:

1. Plano Nacional de Saúde 2030 (PNS 2030);
2. Plano de Recursos Humanos na Saúde 2030 (PRHS 2030);
3. Plano Plurianual de Investimentos do Ministério da Saúde 2030 (PPI MS 2030);
4. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2030 (RNCCI 2030).

Numa abordagem conjunta entre o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS) e o Ministério da Saúde (MS), o presente documento aborda a estratégia de evolução da RNCCI até 2030, destacando a sua articulação com os restantes instrumentos de planeamento do setor da saúde e da área social, nomeadamente com:

1. O PNS 2030, aprovado pela [Resolução do Conselho de Ministros n.º 93/2023](#), de 16 de agosto, que enquadra os fundamentos da política de saúde, enquanto instrumento estratégico nacional que visa melhorar a saúde e o bem-estar da população em todo o ciclo de vida, através da identificação, a nível nacional, das necessidades em saúde, da orientação estratégica e das estratégias de intervenção específicas a serem desenvolvidas, estabelecendo um compromisso social para a saúde, num determinado horizonte temporal, conforme estabelecido pela já referida Lei de Bases da Saúde, aprovada pela [Lei n.º 95/2019](#), de 4 de setembro. A estratégia de desenvolvimento da RNCCI 2030 é desenhada, e deverá ir sendo atualizada, à luz dos objetivos estratégicos do PNS 2030, nomeadamente no que respeita ao fortalecimento do acesso a cuidados de

saúde de qualidade, à promoção da longevidade e do envelhecimento ativo e saudável, e à dinamização da integração de cuidados centrados na pessoa, com o objetivo para o país de alcançar, até 2030, mais e melhor “*Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*”.

2. O PPI MS 2030 e com o PRHS 2030, que são instrumentais cruciais para a viabilização da evolução que a RNCCI 2030 preconiza, nomeadamente em termos de garantia da qualidade das instalações e equipamentos e de resposta a futuras necessidades de mão-de-obra qualificada, permitindo assim o desenvolvimento de estratégias e de políticas integradas, coerentes e com alinhamento de prioridades.
3. O Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024, de 12 de janeiro, o qual constitui o guia para a maximização da longevidade e da qualidade de vida das pessoas. Espera-se através deste Plano, garantir a manutenção e a recuperação da autonomia e otimização da qualidade de vida, maximizando, em simultâneo, as oportunidades económicas e sociais criadas por uma sociedade em evolução, tendo sempre presente como foco as pessoas.

II. Atual Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

Enquadramento Geral

O objetivo geral definido para a RNCCI é a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência baseado num modelo de intervenção integrado e articulado entre saúde e segurança social. Para esse desiderato contribuem a reabilitação, a readaptação e a reintegração social, assim como a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações insupríveis. Paralelamente, e desde a criação da RNCCI que, o apoio aos familiares ou cuidadores, seja por via do incremento da capacitação familiar, ou do descanso do cuidador, é uma dimensão crucial da intervenção nos cuidados continuados integrados.

Atualmente, a RNCCI tem uma estrutura organizacional composta por uma coordenação nacional, regional e local, com diferentes competências nas dimensões, como sendo, o desenvolvimento da Rede e o planeamento das respostas a nível regional e local, a garantia da qualidade da referenciação e o cumprimento dos contratos.

O sistema de informação da RNCCI (SI RNCCI), constitui uma ferramenta de suporte fundamental para que seja assegurada a qualidade de referenciação pelas equipas dos hospitais e cuidados de saúde primários (CSP), permitindo a equidade no acesso à Rede. Este sistema possibilita, ainda, o acompanhamento e monitorização do fluxo de registos e indicadores associados ao desempenho da RNCCI, fornecendo dados para os relatórios mensais, semestrais e anuais divulgados pela coordenação nacional da RNCCI ([Continuados Categoria - ACSS \(min-saude.pt\)](http://Continuados.Categoria.ACSS.min-saude.pt)).

O Alargamento da RNCCI

Ao longo do tempo, a RNCCI tem vindo a procurar dar resposta a necessidades emergentes da população. De facto, verificando-se um elevado número de crianças com doença crónica associada a grande exigência de cuidados, que frequentemente exigem uma abordagem especializada, multiprofissional, ao longo da vida, a RNCCI alargou a sua resposta a esta faixa etária, pelo que, a Portaria n.º 153/2016 de 27 maio, procedeu à criação de equipas de cuidados continuados pediátricos, tendo a implementação das unidades de internamento de cuidados continuados pediátricos e de ambulatório pediátricos sido iniciada com um período de experiência-piloto.

Em complementaridade, e através da Portaria n.º 343/2015 de 12 de outubro, foram definidas as condições de instalação e funcionamento das unidades de internamento de cuidados integrados pediátricos de nível 1 (UCIP nível 1) e de ambulatório pediátricas.

Estas respostas, não tiveram, no entanto, o desenvolvimento previsto mantendo-se até à data apenas em funcionamento as duas unidades contratadas para a experiência-piloto.

A RNCCI, em janeiro de 2017, estendeu igualmente, a sua resposta aos problemas de saúde mental, retomando um projeto de respostas de cuidados continuados integrados de saúde mental, interrompido em 2012. Esta resposta, também teve início numa experiência piloto em que foram criadas tipologias de ambulatório, visita domiciliária e residências, destinadas a população adulta e à infância e adolescência, tendo por objetivo acompanhar a pessoa com doença mental grave na recuperação das suas competências psicossociais e reintegração na sua família e comunidade.

Âmbito de atuação da RNCCI

Conforme referido anteriormente, a RNCCI está presente em todo o território continental, e inclui cuidados domiciliários, de ambulatório, de internamento e residenciais, com características e perfis de intervenção específicos, nomeadamente:

- No âmbito domiciliário, existem Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), na Rede Geral, e Equipas de Apoio Domiciliário (EAD), de adultos e de Infância e Adolescência, na área dos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCISM);
- As respostas de ambulatório existem na área dos Cuidados Continuados Integrados Pediátricos (CCIP), com a Unidade de Ambulatório Pediátrica (UAP), e na área dos CCISM, com as Unidades Sócio Ocupacionais (USO) de adultos e Unidades Sócio Ocupacionais - Infância e Adolescência (USO-IA). Importa ainda referir as Unidades de Dia e de Promoção da Autonomia (UDPA), tipologia prevista desde 2006 na Rede Geral, que foi reforçada recentemente no âmbito do PRR;
- As respostas de internamento correspondem às Unidades de Convalescença (UC), Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR), Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULD), da Rede Geral, e à Unidade de Cuidados Pediátricos Integrados Nível 1 (UCIP 1) na área dos CCIP;

- As respostas residenciais correspondem à área dos CCISM e traduzem-se em Residências de Apoio Máximo Adultos (RAMa), Residências de Apoio Moderado (RAMo), Residências Autónomas (RA), Residências de Treino de Autonomia (RTA) e Residências de Treino de Autonomia - tipo A Infância e Adolescência (RTA-IA);

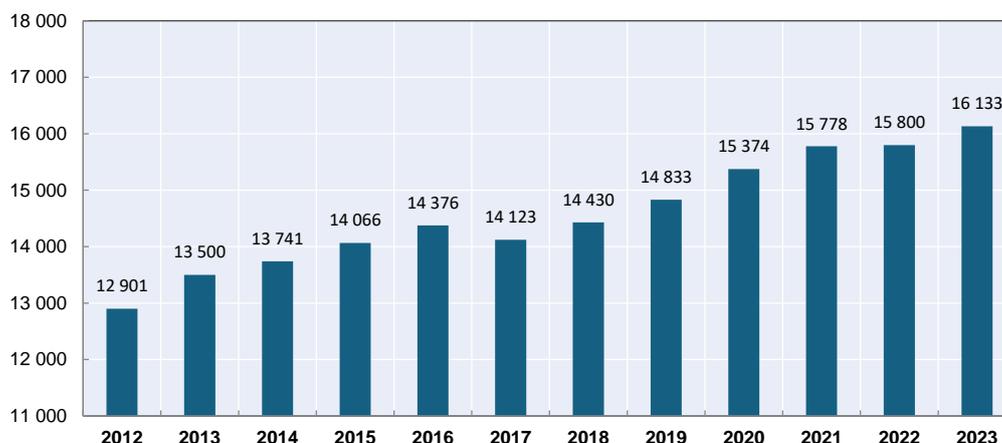
O acesso à RNCCI está atualmente assegurado nas suas diferentes dimensões, designadamente:

- Existência de respostas dirigidas a diferentes necessidades e faixas etárias;
- Distribuição das respostas com proximidade de uma unidade de internamento da RNCCI a menos de 60 minutos do local de residência para 90% da população do continente (ERS, fevereiro de 2024);
- Equipas multiprofissionais e estruturas com requisitos identificados e preparadas para diferentes necessidades das pessoas;
- Comparticipação do utente nos encargos decorrentes da prestação de cuidados em algumas tipologias, determinada pela segurança social, de acordo com, o rendimento do agregado familiar do utente, com base na legislação vigente (vg. Despacho n.º 12678/2023, de 12 de dezembro e Portaria n.º 45/2021, de 24 de fevereiro);
- A Segurança Social determina a comparticipação do utente, na plataforma Segurança Social Direta (SSD), acessível nominalmente ao utente, de forma a garantir a transparência e a agilização do acesso à RNCCI. Está em curso a interoperabilidade deste sistema com o SIRDCCI para uma maior eficácia dos resultados;
- Seleção da unidade pelo utente/família;
- Disponibilidade da informação sobre a RNCCI nos serviços de saúde, sites institucionais da Saúde e da Segurança Social.

A RNCCI tem vindo a alargar anualmente a sua capacidade de resposta, contando no final de 2023 com 16 133 lugares², correspondendo a 9 766 lugares em unidades de internamento da Rede Geral e residências de saúde mental, 37 lugares de CCI Pediátricos e 6 024 lugares em cuidados domiciliários (correspondendo a 311 ECCI), conforme evidenciam os gráficos seguintes.

² Em 2023 foi aprovada a expansão da RNCCI com mais 561 lugares de internamento na rede geral, conforme Despacho n.º 12979/2023, publicado em 19 de dezembro

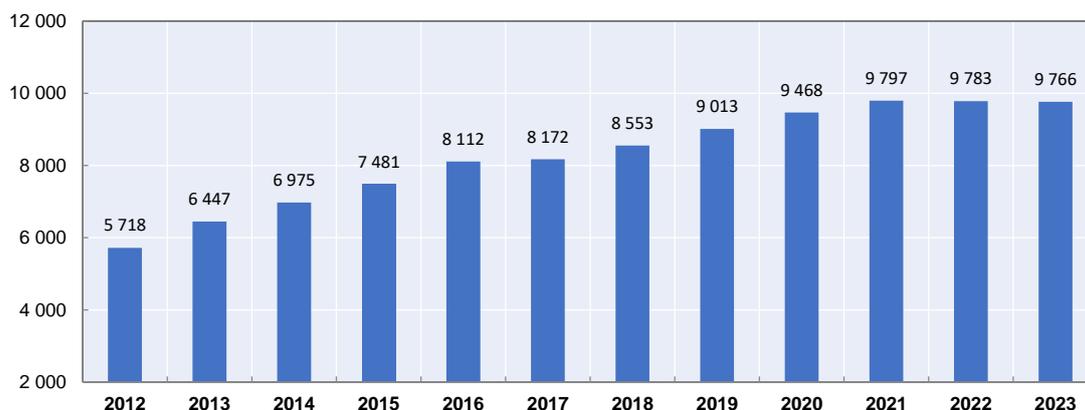
Gráfico 1 - Evolução anual dos lugares da RNCCI



Fonte: ACSS

No gráfico anterior, encontra-se refletida a evolução anual do total dos lugares de internamento, domiciliários e ambulatorio, das três áreas da RNCCI (Rede Geral, CCIP e CCISM). Os lugares de internamento incluem as UCIP até 2015 visto esses cuidados terem passado a integrar a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados Pediátricos em 2016; incluem, também, os Cuidados Paliativos (UCP) e os CCISM até final de 2016, atendendo à passagem destas tipologias de resposta para a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) e Rede Nacional de Cuidados Integrados de Saúde Mental, respetivamente, que ocorreu em abril de 2017. Relembre-se que, em 2022 não foi publicado despacho autorizador de novas aberturas.

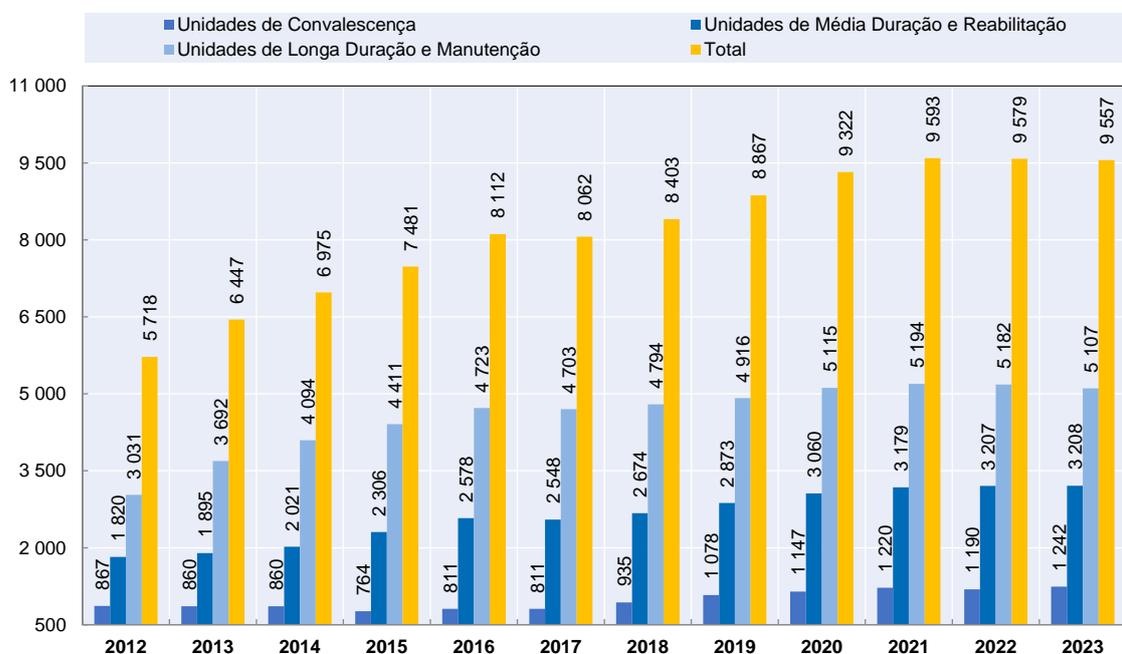
Gráfico 2 - Evolução do número de lugares de internamento e residenciais da RNCCI



Fonte: ACSS

A evolução que se apresenta é referente ao número de lugares de internamento da Rede Geral (UC, UMDR e ULDM), dos CCIP (UCIP 1) e residenciais dos CCISM (RAMa, RAMo, RTA, RA), contratados e em funcionamento de 2012 a 2023.

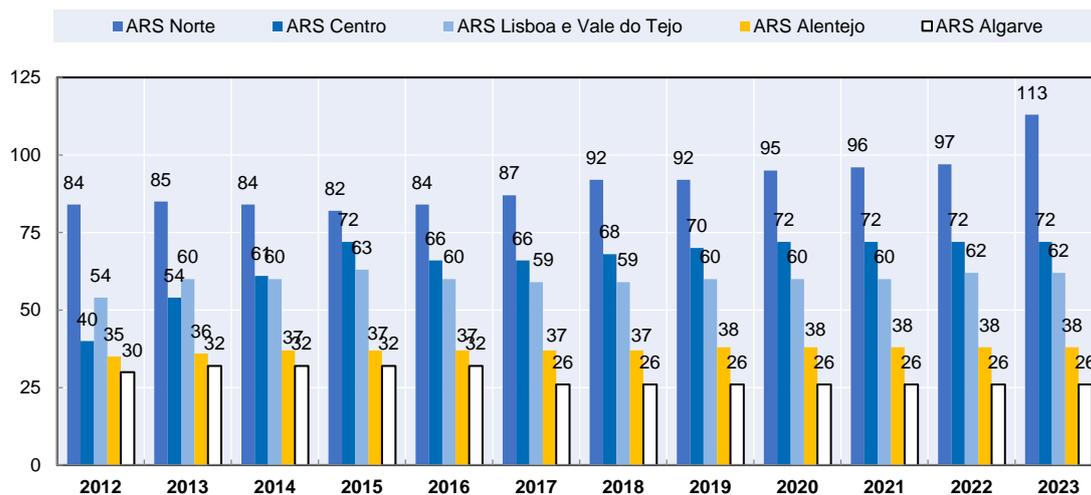
Gráfico 3 - Evolução dos lugares de internamento contratados e em funcionamento na Rede Geral (em 31/12/2023)



Fonte: ACSS

Como acima referido, a partir de 2017, inclusive, e atendendo à passagem dos lugares de cuidados paliativos para a RNCP, deixaram de estar incluídos nos dados da RNCCI os lugares de internamento de UCP.

Gráfico 4 - Evolução do número de ECCI (a 31 de dezembro 2023)



Fonte: ACSS

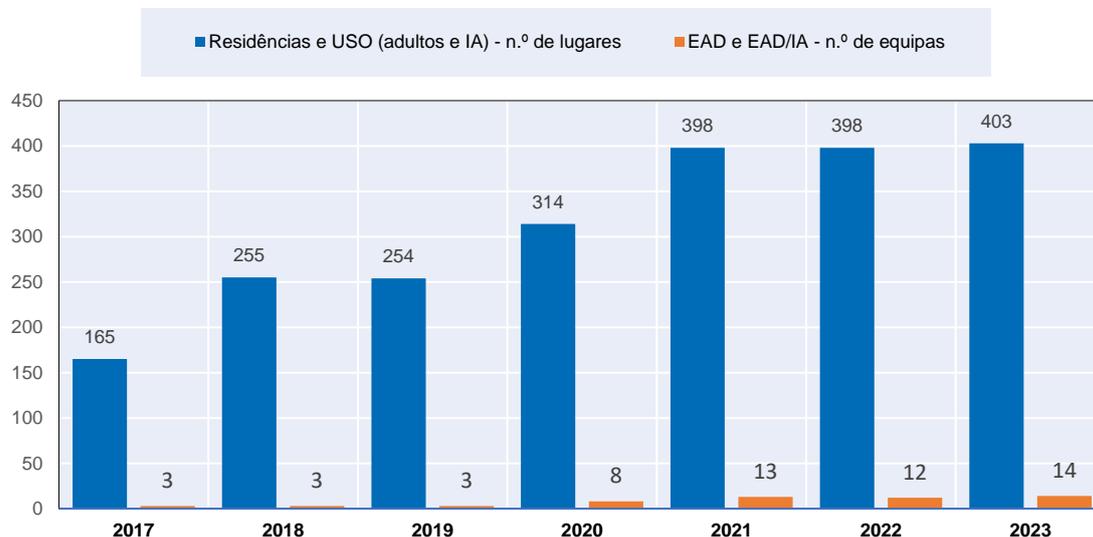
Gráfico 5 - Evolução do número de lugares em ECCI – Rede Geral (a 31 de dezembro 2023)



Fonte: ACSS

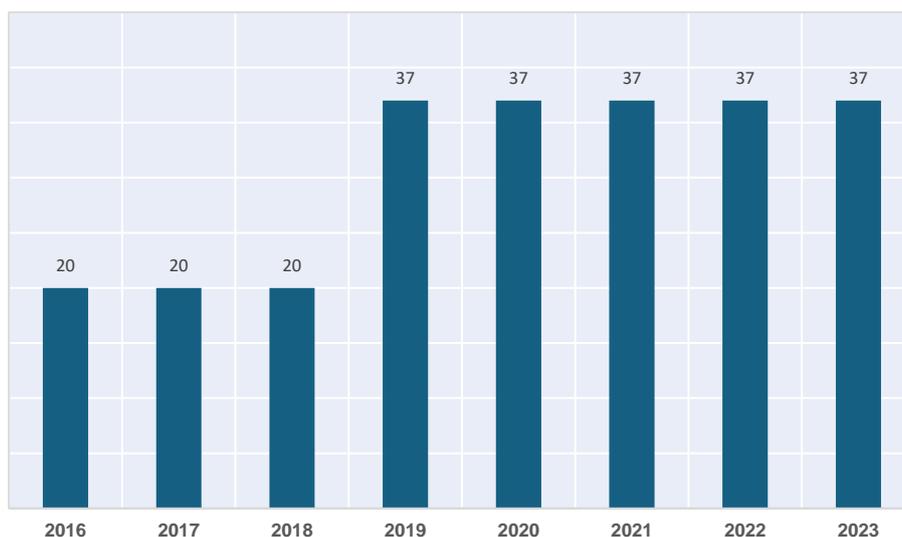
Face a 2022, os lugares domiciliários aumentaram 5,9% a nível nacional, perfazendo, em 2023, um total de 6.024 lugares.

Gráfico 6 - Evolução anual do número de Lugares (residências e de ambulatório) e Equipas (domiciliárias) em CCISM (a 31 de dezembro 2023)



Fonte: ACSS

Gráfico 7 - Evolução anual do número de Lugares de CCIP



Fonte: ACSS

Nos CCIP, com respostas apenas na Região Norte, existiam a 31.12.2023:

- 17 lugares de internamento (UCIP nível 1);
- 20 lugares de ambulatório (UAP).

O número de lugares de CCIP não tem sofrido alterações nos últimos anos.

Quadro 1 - Taxa de ocupação das unidades da RNCCI, por tipologia (2023)

		ARS Norte	ARS Centro	ARS Lisboa e Vale do Tejo	ARS Alentejo	ARS Algarve	Nacional
Rede Geral	Unidade de Convalescença	93,9%	91,5%	89,9%	90,1%	95,7%	91,9%
	Unidade de Média Duração e Reabilitação	97,5%	95,7%	94,8%	92,7%	95,0%	95,8%
	Unidade de Longa Duração e Manutenção	97,9%	97,1%	97,8%	95,7%	98,0%	97,5%
	Equipas de Cuidados Continuados Integrados	81,7%	69,9%	55,4%	61,4%	68,5%	67,3%
CCIP	Unidade de Cuidados Integrados Pediátricos – Niv. 1	98,3%					98,3%
	Unidade de Ambulatório Pediátrica	27,4%					27,4%
CCISM	Equipas de Apoio Domiciliário	48,4%		22,3%	59,9%	53,0%	45,2%
	Equipas de Apoio Domiciliário - tipo A infância e adolescência						
	Residências Autónomas	74,5%		70,8%			72,7%
	Residências de Apoio Máximo Adultos	99,6%	96,7%	89,0%			95,3%
	Residências de Apoio Moderado		86,1%	98,4%	85,6%		88,6%
	Residências de Treino de Autonomia		91,0%	94,0%			92,6%
	Residências de Treino de Autonomia - tipo A infância e adolescência	98,2%					98,2%
	Unidades Sócio Ocupacionais de Adultos*	69,4%	63,5%			80,1%	69,0%
Unidades Sócio Ocupacionais de Infância e Adolescência	21,8%				29,9%	27,2%	

Fonte: ACSS

Em suma, a RNCCI mantém a tendência de crescimento, apesar de se verificarem diversas assimetrias, nomeadamente regionais, merecendo destaque:

- (i) carência de lugares/lugares nos grandes centros urbanos;
- (ii) assimetrias por tipologias que apesar do claro predomínio das ULDM, ainda assim, ficam aquém das necessidades, registando algum abrandamento no aumento das Unidades de Convalescença. O aumento das UCP deixou de se verificar a partir do momento em que integraram a RNCP;
- (iii) assimetria na tipologia de respostas com claro predomínio das respostas em regime de internamento em detrimento das respostas domiciliadas.

Tal como referido anteriormente, o PRR veio dar um impulso relevante à RNCCI, encontrando-se previsto, na rede geral da RNCCI, o reforço de 5.500 lugares de internamento e de 500 lugares em UDPA, assim como o aumento de 1000 lugares em ECCI. Por seu lado, está previsto o alargamento até 1 000 lugares dos cuidados continuados integrados de saúde mental em 50 residências e unidades sócio ocupacionais e ainda o alargamento até 100 lugares com mais 10 equipas de apoio domiciliário de saúde mental.

III. Outras respostas abrangidas pelos cuidados de longa duração

Para além das respostas da RNCCI, Portugal conta ainda com outras tipologias de resposta às pessoas idosas e/ou com mais dependência, com destaque para as seguintes:

a) Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP)

Em Portugal, desde 2012, que está definida a responsabilidade do Estado em matéria de Cuidados Paliativos, pela Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (LBCP), aprovada pela Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro. Foi, assim, estabelecida a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), sob a tutela do Ministério da Saúde e definiu-se que a Coordenação da RNCP fica assegurada pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP), em articulação com as Administrações Regionais de Saúde, através dos respetivos Coordenadores Regionais da RNCP.

As equipas de cuidados paliativos que integram a RNCP, sofreram um reenquadramento desde a sua definição pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. Em consequência da publicação da LBCP as Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) e as Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) passaram a integrar a RNCP, designadas como Equipas Locais de Cuidados Paliativos, e ficaram enquadradas como equipas especializadas de cuidados paliativos, para resposta a situações paliativas complexas, segundo o seu nível de diferenciação. As unidades de internamento UCP não integradas em hospitais de agudos, contratualizadas com o sector privado ou social, foram também integradas na RNCP, mas com alguns procedimentos partilhados com a RNCCI, segundo regulamentação de acesso na Portaria 75/2017, de 22 de fevereiro.

A Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP), atualmente encontra-se sob a tutela da Direção Executiva do SNS (DE|SNS) desde a constituição desta última, em 2022, através do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

À CNCP compete, de acordo com o previsto na LBCP, entre outras, elaborar e propor para aprovação do MS os Planos Estratégicos para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP) com periodicidade bianual, preconizando que todas as pessoas com doença limitante de vida recebem os cuidados de que precisam, no momento em que deles necessitam, para viver com melhor qualidade de vida.

Para tal, perspetivou-se para Portugal (continental) a integração dos princípios e filosofia dos Cuidados Paliativos em todos os serviços clínicos do SNS, prestados por todas as suas equipas,

promovendo e garantindo que estas adquiram as necessárias competências básicas para uma abordagem paliativa de excelência, sendo que estas equipas devem trabalhar em interligação próxima e com apoio das equipas especializadas. Dar nota que além de equipas dedicadas a adultos também existem equipas dedicadas à pediatria.

O último PEDCP teve como foco a precisão na estratégia de organização e coesão de cuidados num novo paradigma de desempenho do SNS, em resultado da generalização do modelo das Unidades Locais de Saúde (ULS). No entanto, manteve-se o foco na garantia de dotação adequada em Recursos Humanos da RNCP, agilização das plataformas digitais como ferramentas de trabalho e de promoção de conhecimento, bem como na definição clara de critérios de qualidade.

Assim, no processo atual de reorganização do SNS, é imprescindível a agregação das Equipas de Cuidados Paliativos nos Serviços Integrados de Cuidados Paliativos (SICP) das ULS garantindo a prestação de cuidados de forma integrada à pessoa com necessidades paliativas e sua família, centrados nas suas necessidades, com inclusão dos mesmos nas tomadas de decisão, perspetivando a simplificação de processos, a qualificação das respostas e melhoria dos resultados. No caso particular dos Cuidados Paliativos Pediátricos, será mais lógica e produtiva a sua permanência na dependência dos Serviços de Pediatria, em estreita articulação com o SICP da mesma ULS.

Sendo a RNCP uma rede funcional, com pontos de acesso em cada uma das ULS do país, serve a função de apoiar a população de doentes com necessidades paliativas (isto é, portadores de doença crónica, avançada e incurável) com uma resposta adequada ao momento da evolução da doença, ainda que, nalgumas localizações, ainda limitada ao grau de desenvolvimento da equipa do Serviço Integrado de Cuidados Paliativos da ULS respetiva.

b) Cuidados em saúde mental

A reforma da saúde mental encontra-se em curso, na decorrência da publicação da Lei n.º 35/2023, de 21 de julho e do Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro, e com o impulso reformista dado pelo PRR,.

As perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental são a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade e morte prematura, pelo que uma parte

importante da reforma é dirigida às situações de doença crónica que exigem um acompanhamento continuado. Algumas das medidas em curso que respondem a estas necessidades são:

- A consagração do princípio geral segundo o qual a organização e funcionamento dos serviços locais de saúde mental (SLSM) se devem orientar para a recuperação integral das pessoas com doença mental;
- A setorização das respostas, protagonizada pelas equipas comunitárias de saúde mental (ECSM). Equipas localizadas na sua área de intervenção, que conhecem bem a comunidade e asseguram a continuidade de cuidados às pessoas com doenças mentais nessa comunidade;
- O estímulo à participação da comunidade através da criação de órgãos consultivos de âmbito nacional, regional e local;
- A criação de novas unidades e requalificação de serviços, que visa melhorar o acesso das pessoas aos meios de diagnóstico e diferentes especialidades médicas e a substituição progressiva das respostas ainda existentes nos hospitais psiquiátricos;
- A desinstitucionalização das pessoas com doença mental grave, por via de novas respostas dirigidas a quem não tenha indicação para a RNCCI ou para as respostas sociais existentes.

c) Cuidados em pessoas com demência

Na área das demências, através do Despacho n.º 237/2024, de 11 de janeiro, foi nomeado um novo coordenador da Comissão Executiva do Plano Nacional da Saúde para as Demências, que entre outras atribuições, deverá avaliar a implementação dos Planos Regionais da Saúde para as Demências aprovados pelo Despacho n.º 12761/2021, de 29 de dezembro. Estes planos regionais, preveem a organização da resposta às demências a esse nível, incluindo o circuito da pessoa, a organização dos serviços e a preparação dos profissionais para as intervenções, as respostas adequadas aos contextos locais e os mecanismos para monitorização contínua dos cuidados (Despacho n.º 5988/2018, de 19 de junho).

d) Cuidados em pessoas com deficiência

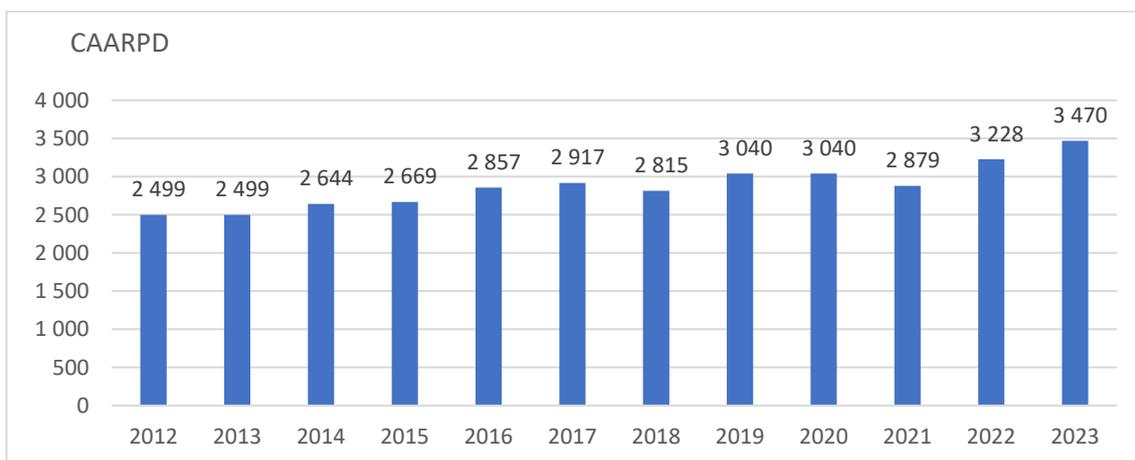
As respostas sociais nesta área procuram assegurar os cuidados e apoio social para crianças, jovens e adultos com deficiência, com vista a apoiar as famílias e promover o desenvolvimento da autoestima, a valorização pessoal e social e a autonomia das pessoas com deficiência, num

ambiente seguro e estimulante. Nesta área identificam-se as seguintes respostas comunitárias, que integram cuidados mais prolongados no tempo, designadamente:

- i. Centro de Atendimento, Acompanhamento e Reabilitação Social para Pessoas com Deficiência e Incapacidade (CAARPD)

O CAARPD representa uma resposta social destinada à prestação de um serviço especializado, que assegura o atendimento, acompanhamento e o processo de reabilitação social às pessoas com deficiência e incapacidade, assim como serviços de apoio às famílias e cuidadores informais.

Gráfico 8 - Evolução da capacidade na resposta social Centro de Atendimento, Acompanhamento e Reabilitação das Pessoas com Deficiência (a 31 de dezembro 2023).

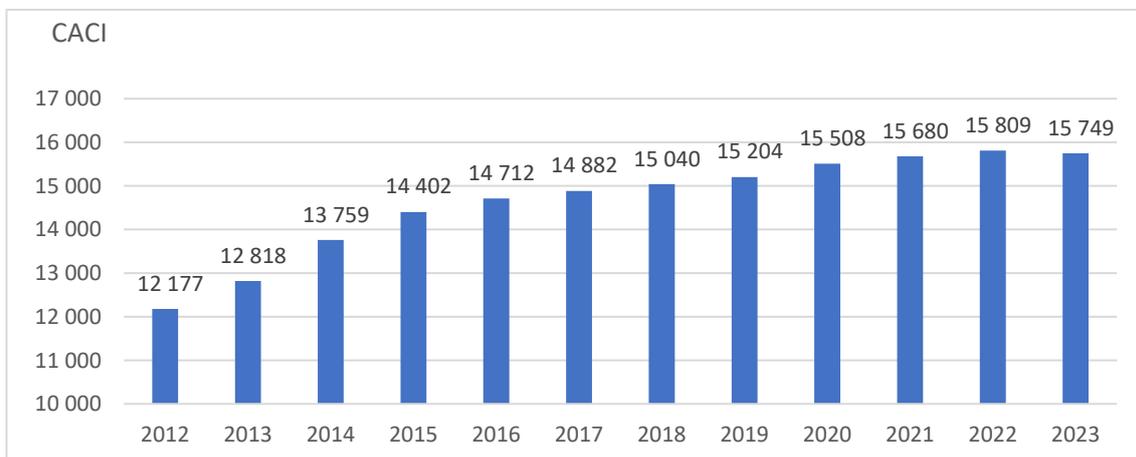


Fonte: SISCOOP

- ii. Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão (CACI)

O CACI é uma resposta social, centrada na promoção da autonomia, da vida independente, da qualidade de vida, da valorização pessoal, profissional e da inclusão social, destinada ao desenvolvimento de atividades ocupacionais para pessoas com deficiência, e que se constituam como um meio de capacitação para a inclusão, em função das respetivas necessidades, capacidades e nível de funcionalidade.

Gráfico 9 - Evolução da capacidade na resposta social Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão (a 31 de dezembro 2023)

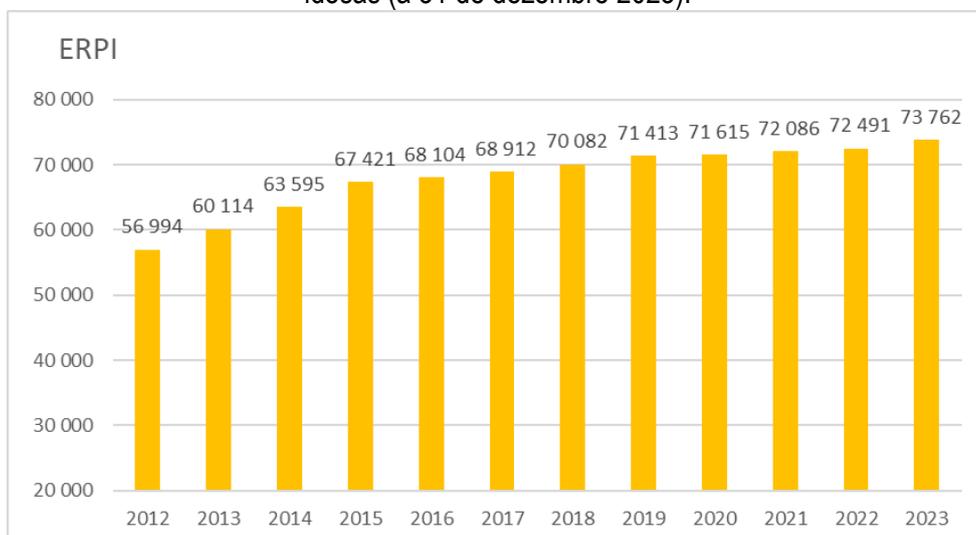


Fonte: Sistema de Informação da Segurança Social (SISS-COOP)

e) Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI)

A Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), consubstancia uma estrutura residencial para pessoas idosas o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestação de cuidados adequados e ajustados às necessidades das pessoas idosas e suas famílias.

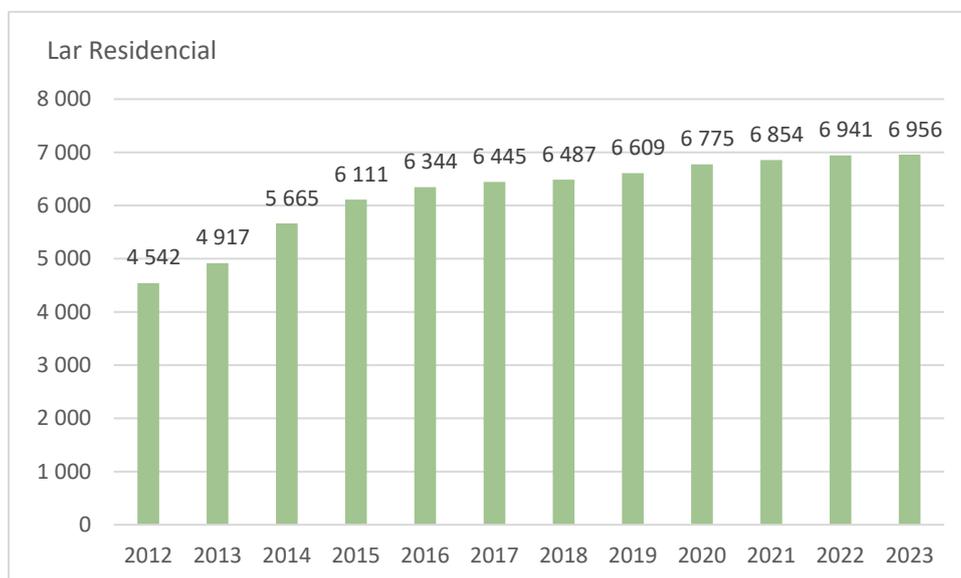
Gráfico 10 - Evolução da capacidade na resposta social Estrutura Residencial para Pessoas idosas (a 31 de dezembro 2023).



Fonte: Sistema de Informação da Segurança Social (SISS-COOP)

- f) No âmbito dos lares residenciais destacam-se dois tipos de resposta social, designadamente:
- i. Lar Residencial, o qual se destina ao alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, de pessoas com deficiência e incapacidade que se encontrem impedidas de residir no seu meio familiar.

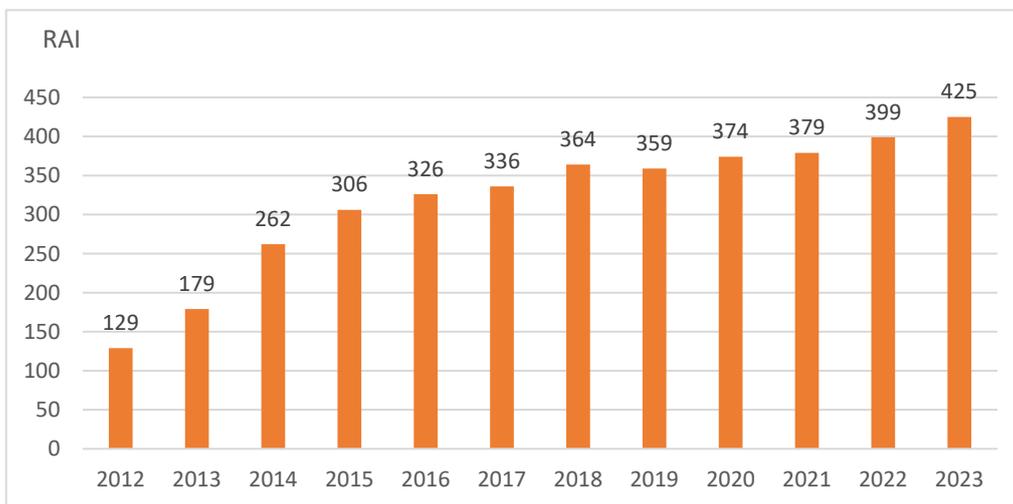
Gráfico 11 - Evolução da capacidade dos Lares Residenciais (a 31/12/2023).



Fonte: Sistema de Informação da Segurança Social (SISS-COOP)

- ii. Residência de Autonomização e Inclusão (RAI), que se destina ao alojamento residencial temporário ou permanente, desenvolvida em apartamento, moradia ou outra tipologia de habitação similar, inserida em áreas residenciais na comunidade, destinada a pessoa com deficiência ou incapacidade, com capacidade de viver de forma autónoma, e tem por objetivo, mediante apoio individualizado, proporcionar condições para a concretização de um projeto de vida autónomo e inclusivo.

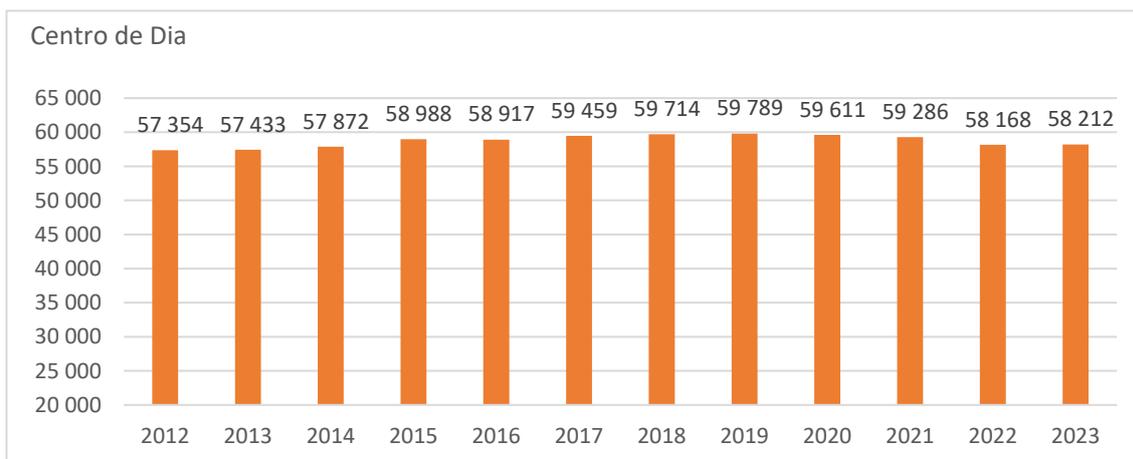
Gráfico 12 - Evolução da capacidade na resposta social RAI (a 31/12/2023).



Fonte: Sistema de Informação da Segurança Social (SISS-COOP)

- g) Nos centros de dia e de noite, em termos de resposta social, evidenciam-se:
 - i. Centro de Dia, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sócio-familiar.

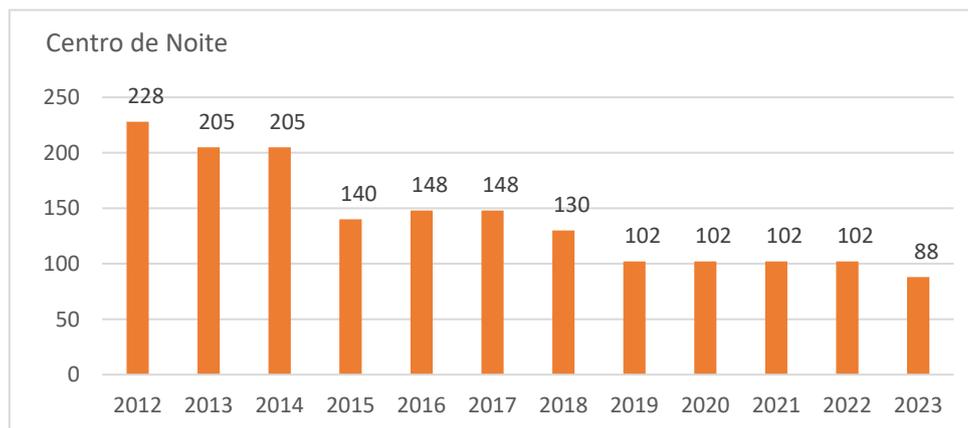
Gráfico 13 - Evolução da capacidade na resposta social Centro de Dia (a 31/12/2023)



Fonte: Sistema de Informação da Segurança Social (SISS-COOP)

- ii. Centro de Noite, que consiste no acolhimento noturno, dirigido a pessoas idosas com autonomia que, durante o dia permaneçam no seu domicílio e que por vivenciarem situações de solidão, isolamento e insegurança, necessitam de acompanhamento durante a noite.

Gráfico 14 - Evolução da capacidade de resposta dos Centros de Noite (a 31/12/2023)

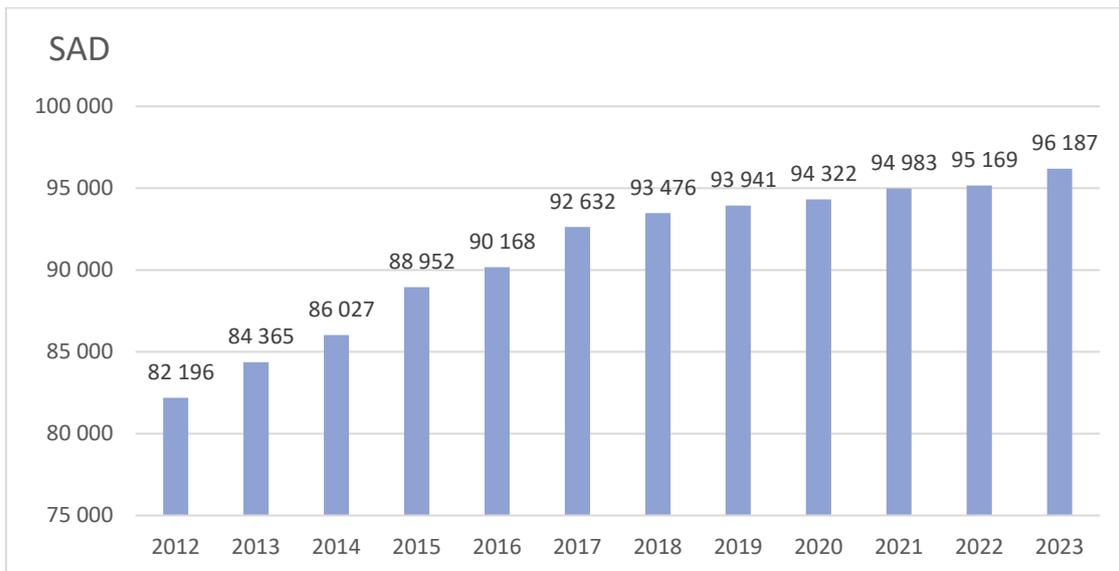


Fonte: Sistema de Informação da Segurança Social (SISS-COOP)

Os números apresentados revelam uma diminuição do número de respostas em linha com o envelhecimento da população. Referir que, existem duas causas que concorrem para a diminuição do número de centros de noite, por um lado, a sua localização em zonas de baixa densidade populacional e por outro, a alteração de tipologia de resposta.

h) Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) – O SAD enquanto resposta social visa prestar cuidados e serviços às famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária.

Gráfico 15 - Evolução da capacidade na resposta social SAD (a 31/12/2023)



Fonte: Sistema de Informação da Segurança Social (SISS-COOP)

i) Cuidador informal

O apoio ao cuidador informal tem sido sempre uma preocupação dos serviços de saúde e da segurança social, incluindo a RNCCI, mas está desde 2019, consignado no estatuto do cuidador informal (ECI), aprovado pela Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, entretanto alterada pela Lei n.º 20/2024, que regula os direitos e deveres do cuidador informal e da pessoa cuidada e determina as respetivas medidas de apoio.

Tendo inicialmente sido desenvolvido como projeto piloto, com o Decreto Regulamentar n.º 1/2022, de 10 de janeiro, que estabelece os termos e as condições do reconhecimento do estatuto de cuidador informal, bem como as medidas de apoio aos cuidadores informais (CI) e às pessoas cuidadas (PC), concretizou-se o alargamento da implementação do ECI a todo o continente.

A exemplo da RNCCI, este é igualmente um projeto que mobiliza os ministérios da saúde e do trabalho, segurança social e solidariedade.

No final de 2023, tinham sido apresentados 33.668 requerimentos para Estatuto do Cuidador Informal, tendo sido deferidos 17.623. A idade média do requerente a estatuto de cuidador era 56 anos e em relação à pessoa cuidada, 67% tinha idade superior a 65 anos, 25% entre 18 e 65 anos e 8% até 18 anos.

A avaliação da sobrecarga do cuidador é um dos procedimentos obrigatórios assinalando-se em todas as monitorizações realizadas, número de cuidadores com sobrecarga moderada e intensa superiores a 60%.

Em relação ao acompanhamento, as principais medidas de apoio, definidas no Plano de Intervenção Específica ao Cuidador (PIE), são o aconselhamento/orientação e a formação/informação.

Com a publicação da Portaria n.º 335-A/2023, de 3 de novembro, ficam definidos os termos para utilização da figura do Descanso do Cuidador (DC), como medida de apoio no âmbito do ECI. A utilização do DC visa a redução da sobrecarga física e emocional do CI, dando lugar à interrupção temporária dos cuidados providenciados pelo cuidador informal, mediante o acesso a serviços de apoio social ou de acolhimento temporário da pessoa cuidada, nos termos seguintes:

- O DC pode ser concretizado na RNCCI, nomeadamente nas tipologias Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM), Residência de Apoio Máximo (RAMa), Residência de Apoio Máximo para a infância e adolescência (RAMa/IA), Residência de Apoio Moderado (RAMo); em respostas sociais de natureza residencial ou em famílias de acolhimento de pessoas idosas ou adultas com deficiência ou, ainda, em Serviço de Apoio Domiciliário (SAD).
- O acesso às diferentes respostas de descanso do cuidador obedece a critérios de prioridade para situações de maior sobrecarga do cuidador, avaliada através da escala de Zarit e complementada com a avaliação das necessidades do CI e circunstâncias da díade devendo ficar definido os termos para a sua aplicação no PIE.
- A utilização do DC implica uma comparticipação do utente, resultante do cálculo efetuado sobre o rendimento per capita do agregado familiar, ao abrigo de uma diferenciação positiva.

IV. Visão estratégica de futuro para a RNCCI 2030

O desenvolvimento da RNCCI 2030 pretende responder à evolução das necessidades e das expectativas da população portuguesa, incorporando duas dimensões principais, nomeadamente: (i) as áreas de melhoria que foram sendo identificadas ao longo dos quase 18 anos de funcionamento da RNCCI, nomeadamente em termos de acesso, qualidade e eficiência³; e (ii) os princípios e as recomendações para a evolução dos cuidados de longa duração emanadas a nível europeu, designadamente o reforço da desinstitucionalização e dos cuidados formais.

Nesta sequência, perspetiva-se a evolução da RNCCI 2030 assente em **3 pilares estratégicos de intervenção**, designadamente:

1. Reforçar as respostas domiciliárias e de ambulatório;
2. Incrementar as respostas da RNCCI nas suas três áreas de cuidados;
3. Melhorar a intervenção e a prestação de cuidados.

Vejamos mais em detalhe cada um destes pilares estratégicos, assim como algumas das principais iniciativas e medidas a implementar para alcançar os objetivos associados a cada um deles:

Pilar 1. Reforçar as respostas domiciliárias e de ambulatório

A comunidade assume, mormente, um contexto privilegiado para a prestação de cuidados ao longo da vida. Tal pressupõe uma crescente valorização do domicílio como o seu contexto de vida, e a sua família como o seu contexto sociofamiliar de referência, sendo aí que cada um se deve preferencialmente permanecer. Esta visão incentiva a desinstitucionalização e transforma a casa de cada pessoa como o centro da prestação dos cuidados, criando o contexto para o desenvolvimento de políticas públicas que valorizem o *setting* domicílio e a atenção ao cuidador informal, personalizado na família ou em outras soluções comunitárias de proximidade.

Assim, este pilar de intervenção pretende contribuir para alcançar os seguintes objetivos:

³ Destacam-se aqui alguns padrões que importa alterar para o futuro, nomeadamente: (i) dificuldade em planear as respostas em função das necessidades reais e crescentes, o que gera disparidades geográficas ou mesmo falta de respostas em determinadas áreas/regiões; (ii) baixo investimento na prevenção da incapacidade e no apoio às pessoas para recuperar competências e independência; (iii) preferência pela prestação em ambiente institucional, em detrimento de respostas para apoiar as pessoas a permanecerem em casa; (iv) fragmentação dos cuidados, que promove iniquidades no acesso, procedimentos administrativos complexos e elevados custos financeiros; (v) sobrecarga para as famílias, não só em termos de prestação de cuidados, mas também em navegar dentro do sistema.

- Assegurar o acesso a cuidados personalizados e de qualidade, preferencialmente prestados no domicílio ou em serviços de base comunitária, de acordo com as condições de saúde e social de cada pessoa;
- Alargar as respostas de visita domiciliária e ambulatório, permitindo que cada pessoa permaneça no seu domicílio e contexto habitual;
- Facilitar a mobilidade dos profissionais, criando condições para responderem às pessoas;
- Potenciar a introdução de tecnologias de comunicação acessíveis na prestação dos cuidados no domicílio;
- Apoiar e capacitar os cuidadores informais, assegurando o suporte técnico e logístico que lhes permita cumprir integralmente o Plano de Intervenção Específico ao Cuidador (PIE).

Para alcançar estes objetivos, são implementadas iniciativas e medidas de política que permitam otimizar o modelo de funcionamento dos Cuidados Continuados Integrados no domicílio.

A. Alargar e reforçar a resposta em ECCI e EAD

A tipologia ECCI da RNCCI representa atualmente mais de 37% dos lugares existentes. Estas equipas constituídas por profissionais dos CSP, acompanham os utentes e famílias no domicílio e encontram-se distribuídas por todo o continente permitindo uma cobertura satisfatória do mesmo. Em 2017, com base na evidência científica disponível, a Comissão Nacional de Coordenação da RNCCI (CNCRNCCI), fez a análise das ECCI em funcionamento de modo a perceber como rentabilizar estas equipas de forma efetiva. Nesse sentido considerou:

- a progressiva diminuição funcional e a necessidade de cuidados mais estruturados ao nível do autocuidado, da capacidade funcional e da capacidade de conhecimento, com especial relevo nas pessoas com 75 e mais anos de idade (Santos et al, 2015; Fonseca e Lopes, 2014; Lopes et al, 2013; Pereira et al, 2011);
- as diferentes taxas de envelhecimento e a dispersão geográfica;
- o trabalho de análise das atividades das ECCI desenvolvido pela ARS Norte.

Deste modo, considerou que a lotação mínima de uma ECCI deve corresponder a 25 utentes e de modo a criar objetivos de desenvolvimento destas equipas respondendo às necessidades do território continental (278 concelhos), propôs a existência de 0,4 ECCI por cada 1000 pessoas com 75 e mais anos de idade (idade a partir da qual a probabilidade de ocorrência de dependência é maior). Definiu igualmente os requisitos mínimos para o funcionamento de uma ECCI: 5

enfermeiros 7 horas de médico por semana, 2 meios de transporte, 1 telemóvel por profissional e 1 Tablet ou PC portátil.

Com estes pressupostos o diagnóstico realizado constatou enorme heterogeneidade de recursos humanos, materiais e de procedimentos o que limita a efetividade de resposta. Assinalou-se ainda uma cobertura razoável nas regiões do Alentejo e Algarve e uma cobertura sofrível das restantes regiões, sendo a região Centro a que apresenta menor cobertura (Quadro seguinte).

Quadro 2 - Total de ECCI existentes e em falta, por região NUT II

NUT II	Existentes	Metas	Em Falta	% (em falta)
Norte	85	119	34	29%
Centro	64	105	41	39%
LVT	63	98	35	36%
Alentejo	37	38	1	3%
Algarve	15	17	2	12%
Total	264	377	113	30%

Fonte: ACSS

Importa agora requalificar estas equipas, no sentido de promoção da proximidade, criando melhores condições para o seu desempenho e para o bem-estar do utente e cuidadores, designadamente através das seguintes ações:

- Definir a equipa tipo e o tempo de afetação dos profissionais na ECCI;
- Definir as condições de funcionamento da ECCI nomeadamente em relação à disponibilidade de atendimento (horário de atendimento) e ao equipamento necessário (mobilidade, comunicação);
- Assegurar a complementaridade com outras especialidades das ULS;
- Identificar a complementaridade geográfica das respostas SAD/ECCI.

Em relação às equipas de saúde mental para apoio domiciliário (EAD), as metas provisórias são de 439 lugares para adultos e 32 para a infância e adolescência.

Tal como já se referiu, ao nível dos cuidados domiciliários, o PRR prevê o aumento de 1000 lugares, em ECCI que inclui investimentos em recursos materiais e veículos elétricos e ainda o alargamento até 100 lugares com mais 10 equipas de apoio domiciliário de saúde mental, que inclui o apoio à aquisição dos recursos materiais necessários e de veículos elétricos para a atividade das equipas.

B. Criar novas respostas de ambulatório.

Embora a UDPA, esteja prevista desde 2006, até à data não existem UDPA em funcionamento. No entanto, face à importância das respostas de ambulatório, numa perspetiva de reabilitação e permanência do utente no seu domicílio, os passos seguintes para a sua implementação são:

- Proposta de preços fundamentada e propostas de legislação necessária;
- Definição do Despacho Normativo que estabelece as regras de participação e de documentação de suporte à implementação da tipologia;
- Desenvolvimento das UDPA em experiência piloto;
- Designação da equipa de acompanhamento das experiências-piloto.

As metas de expansão dos lugares em UDPA até 2030, por NUT II, e dos recursos humanos correspondentes, constam em anexo e incluem no âmbito do PRR, a criação de 20 unidades de promoção de autonomia para acompanhar 500 doentes que possuem condições para permanecer no domicílio, mas necessitam de continuidade de cuidados para reabilitação.

No que respeita aos CCISM, as metas até 2030 das USO / USO-IA, constam igualmente no Anexo, realçando-se a consideração da meta PRR de 230 lugares (210-USO e 20-USO-IA).

C. Disponibilizar viaturas e equipamentos para potenciar os cuidados domiciliários

A aposta na desinstitucionalização, cuidados de proximidade e domiciliários implica a disponibilização de condições materiais para o efeito.

Importa, assim, concluir o investimento efetuado no âmbito do PRR com vista à aquisição de viaturas e equipamento para a constituição de 50 Equipas de Cuidados Continuados Integrados, para dar resposta a um total de 1 000 pessoas e de viaturas e equipamento para a constituição de 10 Equipas de Apoio Domiciliário em Saúde Mental, para servir mais 100 pessoas.

O esforço na criação de condições materiais, nomeadamente em equipamentos e viaturas, é uma prioridade, importando, pois, consolidar e generalizar este investimento com a continuação do reforço das condições para que os cuidados domiciliários e de proximidade não deixem de ser prestados por falta de recursos materiais.

D. Integrar respostas inovadoras baseadas em TIC (vg. telessaúde e teleassistência)

Pretende-se maximizar o potencial das soluções inovadoras, em especial baseadas em tecnologias de informação, com implementação e uso do digital para garantir a proximidade nas respostas domiciliárias, mesmo à distância.

O SNS24 disponibiliza serviços centrais de atendimento em telessaúde do SNS, pelo modelo omnicanal, abrangendo a Linha SNS 24, o Portal SNS, a app SNS 24 e os Balcões SNS 24 (atualmente, estão instalados 369 Balcões SNS 24 em todo o país).

Importa referir o reforço destes serviços, com a criação da Unidade Central de Prestação de Cuidados de TeleSaúde (UCeT), criada através do Despacho n.º 3204/2023, de 10 de março, que abrange diversas áreas de intervenção, designadamente telerastreios, telediagnóstico, teleconsultas, telemonitorização, telereabilitação e outros serviços, assegurando, assim, novas respostas de telessaúde de forma consistente, contribuindo para aumentar o acesso aos serviços de saúde e a proximidade, sobretudo junto das populações mais vulneráveis. Destaca-se a possibilidade de um serviço central de teleconsultas médicas a nível nacional.

A aposta nos cuidados de proximidade envolve a maximização de todo o potencial que a inovação em TIC tem para oferecer, com novas formas de assegurar cuidados, como modelos inovadores, nomeadamente prestados à distância (vg. teleconsulta e telemonitorização de indicadores clínicos, com vigilância e deteção de situações de risco para intervenção precoce, tais como quedas).

Para que também uma resposta local seja possível, com serviços de telessaúde realizados pelas equipas de prestação de cuidados na RNCCI, é necessário que os profissionais de saúde tenham acesso a tecnologias transversais, seguras e integradas de videochamada para interação com utentes e cuidadores (vg. Teleconsulta).

Para que seja possível acompanhar e vigiar a pessoa doente, mesmo à distância, importa também promover a disponibilização de soluções transversais de registo digital e estruturado das medições e respostas do utentes e cuidadores, para que a deteção e antecipação de problemas seja possível. Para o Serviço Nacional de Saúde, a SPMS E.P.E. tem avançado com soluções que permitem estruturar e assegurar esta atividade, através de soluções como a plataforma Live ou plataforma Telecuidados (com a App móvel Telemonit SNS24), sendo relevante a capacitação dos profissionais, a par da simplificação e integração das várias soluções, para tornar a implementação destas inovações possível.

E. Apoiar os cuidadores informais

A consolidação da resposta domiciliária beneficia da aplicação na íntegra do Estatuto do Cuidador Informal, aprovado pela Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, entretanto alterada pela Lei n.º 20/2024, que regula os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada e estabelece as respetivas medidas de apoio, e operacionalizado na sequência do Decreto Regulamentar n.º 1/2022, de 10 de janeiro, que estabelece os termos e as condições do reconhecimento do estatuto do cuidador informal bem como as medidas de apoio aos cuidadores informais e às pessoas cuidadas.

Pretende-se ainda estabelecer medidas de apoio ao descanso do cuidador informal, regulado na Portaria n.º 335-A/2023 de 3 de novembro, que define e estabelece os termos e as condições para o descanso do cuidador informal, mediante uma diferenciação positiva na comparticipação do utente, quer ocorra numa resposta da RNCCI, como numa resposta social.

Pilar 2. Incrementar as respostas da RNCCI nas suas três áreas de cuidados

A expansão das respostas de cuidados continuados integrados, é uma necessidade transversal a todas as regiões do país, fazendo-se sentir com maior incidência nos grandes aglomerados populacionais, nomeadamente nas áreas metropolitanas de Lisboa e do Porto.

O desenvolvimento das respostas de cuidados continuados integrados pediátricos, de saúde mental e da rede geral é um objetivo, embora o investimento necessário seja distinto, pelo percurso realizado e pelas diferentes variáveis envolvidas.

O desenvolvimento das respostas em pediatria, alguns anos após a experiência piloto realizada, exige uma nova análise e consolidação dos pressupostos para o seu funcionamento, dos custos da atividade, da participação dos dois ministérios, das metas e critérios de planeamento de modo a permitir o desenvolvimento sustentado destas respostas.

Em relação às tipologias de saúde mental, é necessário recuperar as propostas resultantes da avaliação realizada durante o período de experiência piloto, e ajustar o modelo destas respostas de modo a reduzir os constrangimentos que ainda dificultam o seu desenvolvimento.

Na rede geral, importa continuar a expansão das várias tipologias, de acordo com as necessidades apuradas em cada região/ULS.

Para as três áreas e tipologias da RNCCI, é necessário:

- Atualizar os rácios tendo em consideração o conhecimento adquirido sobre o seu desempenho, necessidades da população atendida e desafios futuros;
- Estudar a estrutura de custos e o modelo de contratualização;
- Implementar as respostas planeadas em PRR.

As respostas de internamento para a RNCCI (rede geral) são planeadas tendo como base a população com mais de 65 anos ao nível da NUT III, de forma a considerar a diversidade territorial, geográfica e cultural das diversas regiões do país. As metas de lugares estão consensualizadas entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, e são definidas em número de lugares por 1 000 habitantes com mais de 65 anos, para cada tipologia.

Em resultado desse trabalho conjunto, foram identificadas as necessidades de reforço da capacidade de resposta da RNCCI, traduzido no plano de alargamento de número de lugares em todas as tipologias de internamento, de forma a alcançar as metas estabelecidas para 2030, identificadas nos quadros em anexo, por NUT II e tipologia de serviços.

Tendo em consideração as existências e as metas para as respostas de internamento, foram identificados mecanismos de financiamento, nos quais se enquadra o PRR, como o objetivo de

atingir as metas definidas até 2026, aumentando a capacidade de internamento atual da RNCCI em mais de 50%, bem como aumentar as respostas de saúde mental e dos lugares de cuidados paliativos de baixa complexidade.

No que respeita à expansão dos CCISM, para efeitos de definição de metas adotou-se o rácio de 3,3/10 000 hab. tendo a distribuição pelas várias tipologias de unidades sido efetuada de acordo com a avaliação e relato dos serviços locais de saúde mental. Na análise efetuada em anexo, contabilizam-se as existências em dez/2023, assim como a expansão da rede prevista no PRR.

Enumeram-se as seguintes iniciativas em curso e/ou recentes para completar as respostas de internamento / residencial:

- Autorização de abertura de 561 lugares de internamento para a rede geral da RNCCI, ao abrigo do Despacho n.º 12979/2023, de 19 de dezembro;
- A abertura de 1 456 lugares em Unidades de Convalescença através dos parceiros sociais e privados (PRR);
- A abertura de 600 lugares em Unidades de Média Duração e Recuperação através dos parceiros sociais e privados (PRR);
- A abertura de 3 480 lugares em Unidades de Longa Duração e Manutenção através dos parceiros sociais e privados (PRR);

No que respeita aos CCISM, as metas PRR contemplam a abertura de 770 lugares na tipologia residencial, através dos parceiros sociais e privados.

Pilar 3. Melhorar a intervenção e a prestação de cuidados.

Conforme já referido no presente documento, os quase 18 anos de funcionamento da RNCCI permitiram identificar um conjunto de áreas de melhoria a desenvolver na RNCCI até 2030.

Assim, o nível de ambição pretendido neste terceiro pilar estratégico é uma aposta em iniciativas que permitam alcançar os seguintes objetivos:

- Melhorar o acesso, a qualidade e a eficiência
- Adaptar a gestão da RNCCI à nova configuração do SNS.
- Desenvolvimento do Sistema de Informação da RNCCI.
- Introduzir incentivos financeiros associados à melhoria do desempenho e aos ganhos alcançados para as pessoas e para as entidades prestadoras de cuidados.

Para alcançar estes objetivos, a reformulação da RNCCI até 2030 estará assente em iniciativas e medidas de política que incidam sobre as seguintes áreas:

A. Melhorar o acesso, a qualidade e a eficiência

O circuito de acesso à RNCCI realiza-se de forma fluida, não obstante os utentes que aguardam vaga para algumas tipologias da Rede Geral, nomeadamente para ULDM, não ocorrer com a celeridade desejada.

Assim propõe-se:

- Identificar os constrangimentos no acesso à RNCCI nas diferentes áreas e definição de estratégias de resolução. O incremento da capacidade de resposta na RNCCI por via da implementação do PRR constituiu uma primeira estratégia de resolução.
- Melhorar o acesso à RNCCI, designadamente, no acesso ao descanso do cuidador, incluindo a medida no âmbito do Estatuto do Cuidador Informal.
- Valorizar o papel do cuidador e promoção a permanência do utente no domicílio, fomentando a articulação entre as equipas da RNCCI e os profissionais dos cuidados de saúde primários para aumentar a capacidade de resposta aos cuidadores informais.
- Garantir cuidados de qualidade, a preços acessíveis. Neste sentido, de forma a preconizar o acesso à RNCCI a preços comportáveis, em alinhamento com o Pilar 18 do Direitos Sociais, foi publicado o Despacho n.º 12678/2023, de 12 de dezembro, que diminuiu o encargo do utente na RNCCI, com maior expressão nas tipologias de ambulatório domiciliárias e na população da infância e adolescência, bem como a Portaria n.º 335-A/2023

- de 3 de novembro, que estabelece uma diferenciação positiva no acesso ao descanso do cuidador no âmbito da RNCCI, diminuindo igualmente o encargo familiar neste acesso.
- Melhorar a circularidade das respostas através da identificação de critérios de mobilidade entre as respostas no âmbito da RNCCI e as respostas sociais em função das necessidades do utente e famílias, em cada momento.
 - Promover a formação inicial;
 - Promover a implementação de um sistema de gestão e certificação da qualidade, com monitorização permanente dos respetivos indicadores, de forma a aumentar a transparência, incrementar a qualidade, fomentar a comparabilidade e o benchmarking, melhorar o planeamento estratégico e permitir a implementação de modelos de gestão e financiamento ligados ao cumprimento de critérios de qualidade – (cfr. Ponto D infra);
 - Assegurar a abertura de novas unidades de segunda geração de forma a uniformizar a cobertura nacional, recorrendo complementarmente a novos modelos de parcerias público-sociais;
 - Introduzir, de forma progressiva e com apoios, a exigência de equipas médicas e multidisciplinares nas unidades de cuidados continuados, em articulação estreita com as unidades públicas de saúde, através de contratos-programa plurianuais entre o SNS e as Misericórdias, IPSS e demais setor social;
 - Promover a articulação clínica na gestão dos doentes da rede de cuidados continuados com os centros de saúde e USF.

B. Desenvolvimento do Sistema de Informação da RNCCI

Pretende-se otimizar o sistema de informação com a continuação do desenvolvimento do SI RNCCI e promover a interoperabilidade deste sistema com os outros sistemas de informação da saúde e da segurança social, agilizando o acesso à informação e transferência de dados, de forma automática, simplificando procedimentos, evitando a duplicação de registos, rentabilizando o tempo de afetação dos profissionais a esta tarefa e a fiabilidade dos dados e possibilitando uma visão transparente do percurso do utente pelas instituições, tendo como objetivo:

- Obter um conhecimento global sobre o acesso dos utentes à rede nacional de cuidados continuados e integrados;

- Disponibilizar informação sobre a atividade assistencial das instituições, promovendo ganhos de eficiência e incentivando elevados padrões de qualidade baseados em processos normalizados e em resultados em saúde;
- Promover a integração com a gestão do acesso dos utentes, tendo em vista maximizar a utilização da capacidade instalada do SNS e Incentivar a prestação de cuidados de saúde em equipa multidisciplinar e multiprofissional, promovendo a efetiva articulação e coordenação clínica para uma resposta centrada no utente.

C. Introduzir incentivos financeiros associados à melhoria do desempenho e aos ganhos alcançados para as pessoas e para as entidades prestadoras de cuidados.

O modelo de financiamento da RNCCI 2030 deve ser ajustado, tendo como referência as propostas que constam do relatório do grupo de trabalho para o desenvolvimento da contratualização nos cuidados continuados integrados, que continuam a ser válidas e pertinentes.

Nessa sequência, o financiamento da RNCCI 2030 deverá continuar a ser assegurado pelo Ministério da Saúde, na vertente da saúde, e pelos utentes, na vertente da resposta social, com o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social a assegurar os copagamentos dos utentes que não tenham condições económicas para o fazer.

Por outro lado, a modalidade de pagamento aos prestadores da RNCCI deve basear-se na diária, ajustada pela complexidade dos utentes, e complementada por uma componente de pagamento pelo desempenho, que valorize os resultados e os ganhos efetivamente alcançados.

A complexidade dos utentes deve ser apurada através de um sistema de classificação validado internacionalmente, sugerindo-se desde já os RUG – *Resource Utilization Groups*.

O apuramento do desempenho deve basear-se na contratualização de objetivos, indicadores e metas uniformes a nível nacional, incentivando-se assim uma melhoria dos cuidados a prestar e uma responsabilização de todos os intervenientes no sistema. Este processo de contratualização deve ser implementado em todas as respostas da RNCCI 2030, de forma a ser possível medir a qualidade dos serviços prestados com indicadores iguais para todos, monitorizar o funcionamento interno das entidades, avaliar os ganhos em saúde dos utentes e auscultar as famílias periodicamente.

V. Revisão e atualização

A estratégia de desenvolvimento da RNCCI 2030 é objeto de monitorização anual, e revisto quando relevante, a realizar pelo Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e pelo Ministério da Saúde.

VI. ANEXO

LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES DE EXPANSÃO DA RNCCI EM NÚMERO DE LUGARES E DE RECURSOS HUMANOS ATÉ 2030

1. METAS DE EXPANSÃO DA REDE E DE RH – RNCCI – rede geral

Nos quadros seguintes são apresentadas as metas ao nível da expansão de lugares até 2030. Todas as metas de alargamento / expansão das respostas definidas no presente documento constituem referenciais mínimos de cobertura que poderão ser excedidos.

Quadro 3 - Projeções de lugares até 2030 (Unidade de Convalescença)

Unidade de Convalescença (UC)	NUTS II	Cenários								
		2023				2025		2030		
		População 65 + (estimada 2023)	Meta (n.º lugares)	Existências (n.º lugares)	Taxa de cobertura	Abertura de lugares PRR	Taxa de cobertura	População 65 + (projeção 2030)	Meta (n.º lugares)	Necessidade abertura lugares até 2030
Portugal Continental		2 468 825	3456	1242	36%	1420	77%	2670152	3738	1076
Norte		873 639	1223	332	27%	460	65%	974571	1364	572
Centro		629 554	881	372	42%	200	65%	632584	886	314
LVT		655 223	917	290	32%	700	108%	748018	1047	57
Alentejo		193 640	271	174	64%	0	64%	199354	279	105

Rácio aplicável

1,4

	Algarve	116 769	163	74	45%	60	82%	115625	162	28
--	---------	---------	-----	----	-----	----	-----	--------	-----	----

Quadro 4 - Projeções de lugares até 2030 (Unidades de Média Duração e Reabilitação)

Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR)	NUTS II	Cenários									Rácio aplicável
		2023				2025		2030			
		População 65 + (estimada 2023)	Meta (n.º lugares)	Existências (n.º lugares)	Taxa de cobertura	Abertura de lugares PRR	Taxa de cobertura	População 65 + (projeção 2030)	Meta (n.º lugares)	Necessidade abertura lugares até 2030	
	Portugal Continental	2 468 825	3950	3208	81%	600	96%	2670152	4272	464	1,6
	Norte	873 639	1398	1 023	73%	160	85%	974571	1559	376	
	Centro	629 554	1007	919	91%	0	91%	632584	1012	93	
	LVT	655 223	1048	909	87%	420	127%	748018	1197	0	
	Alentejo	193 640	310	228	74%	0	74%	199354	319	91	
	Algarve	116 769	187	129	69%	20	80%	115625	185	36	

Quadro 5 - Projeções de lugares até 2030 (Unidades de Longa Duração e Manutenção)

Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM)	NUTS II	Cenários								
		2023				2025		2030		
		População 65 + (estimada 2023)	Meta (n.º lugares)	Existências (n.º lugares)	Taxa de cobertura	Abertura de lugares PRR	Taxa de cobertura	População 65 + (projeção 2030)	Meta (n.º lugares)	Necessidade abertura lugares até 2030
Portugal Continental	2 468 825	9875	5107	52%	3480	87%	2670152	10681	2094	
Norte	873 639	3495	1 675	48%	1280	85%	974571	3898	943	
Centro	629 554	2518	1 437	57%	200	65%	632584	2530	893	
LVT	655 223	2621	1 280	49%	1900	121%	748018	2992	0	
Alentejo	193 640	775	399	52%	40	57%	199354	797	358	
Algarve	116 769	467	316	68%	60	81%	115625	463	87	

Rácio aplicável

4

Quadro 6 - Projeções de lugares até 2030 (Unidades de Dia e Promoção de Autonomia)

Unidades de Dia e Promoção de Autonomia (UDPA)	NUTS II	Cenários									Rácio aplicável
		2023				2025		2030			
		População 65 + (estimada 2023)	Meta (n.º lugares)	Existências (n.º lugares)	Taxa de cobertura	Abertura de lugares PRR	Taxa de cobertura	População 65 + (projeção 2030)	Meta (n.º lugares)	Necessidade abertura de lugares até 2030	
Portugal Continental		2 468 825	2469	0	0%	500	20%	2670152	2670	2170	1
Norte		873 639	874	0	0%	175	20%	974571	975	800	
Centro		629 554	630	0	0%	100	16%	632584	633	533	
LVT		655 223	655	0	0%	175	27%	748018	748	573	
Alentejo		193 640	194	0	0%	25	13%	199354	199	174	
Algarve		116 769	117	0	0%	25	21%	115625	116	91	

Fontes:

População 65 + (estimada 2023): INE

População 65 + (projeção 2030): INE

Existências: ACSS

Abertura de lugares/lugares: ACSS

Nota:

Cenário 2023: tem como referência 31/12/2023

A atualização de recursos humanos na RNCCI terá de acompanhar o desenvolvimento previsto nas metas para cada área de cuidados e tipologia de cuidados. No entanto, o diferente desenvolvimento destas áreas determina processos distintos de projeção das necessidades.

Assim sendo, as metas previstas para as unidades de internamento da Rede Geral mantêm-se como referência, mas devem ser atualizadas à luz da experiência acumulada ao longo dos cerca de 18 anos de funcionamento destas tipologias (UC, UMDR, ULDM). Atualmente existem 16 397 (correspondendo a 10 654 ETC) profissionais nestas tipologias. De acordo com as metas previstas para estas tipologias o aumento de recursos humanos terá de corresponder a 30% ETC, como demonstra o quadro seguinte.

Quadro 7 - Recursos existentes em 2023 e projeção de necessidades de ETC até 2030

Região	Nº de profissionais 2023	Nº de horas 2023	N.º de ETC 2023	Necessidades até 2030
Norte	5 123	119 909	3 426	1743
Centro	4 536	110 724	3 164	1098
LVT	4 299	91 200	2 606	0
Alentejo	1 654	34 008	972	470
Algarve	785	17 057	487	131
Total	16 397	372 898	10 654	3248

Fonte: ACSS

As UDPA, sendo uma tipologia a iniciar em experiência piloto, será objeto de análise quanto às condições de desenvolvimento e definição de necessidades, podendo a projeção inicial sofrer adaptação.

Quadro 8 – UDPA - Metas e projeção de necessidades de recursos humanos, em ETC até 2030

Região	UDPA Meta lugares	UDPA Meta unidades	Necessidades em ETC até 2030
Norte	800	27	204
Centro	533	18	136
LVT	573	19	146
Alentejo	174	6	45
Algarve	91	3	23
Total	2171	73	554

Fonte: ACSS

No tocante à tipologia ECCI, sendo uma resposta desenvolvida no âmbito dos CSP, existe a necessidade de definir melhor os seus critérios de funcionamento, distribuição e necessidade de lugares.

Em 2017, com base na evidência científica disponível, a Comissão Nacional de Coordenação da RNCCI (CNCRNCCI), fez a análise das ECCI em funcionamento de modo a perceber como rentabilizar estas equipas de forma efetiva. Nesse sentido considerou:

- a progressiva diminuição funcional e a necessidade de cuidados mais estruturados ao nível do autocuidado, da capacidade funcional e da capacidade de conhecimento, com especial relevo nas pessoas com 75 e mais anos de idade (Santos et al, 2015; Fonseca e Lopes, 2014; Lopes et al, 2013; Pereira et al, 2011).
- as diferentes taxas de envelhecimento e a dispersão geográfica

- o trabalho de análise das atividades das ECCI desenvolvido pela ARS Norte.

Deste modo, considerou que a lotação mínima de uma ECCI deve corresponder a 25 utentes e de modo a criar objetivos de desenvolvimento destas equipas respondendo às necessidades do território continental (278 concelhos), propôs a existência de 0,4 ECCI por cada 1000 pessoas com 75 e mais anos de idade (idade a partir da qual a probabilidade de ocorrência de dependência é maior).

Definiu igualmente os requisitos mínimos para o funcionamento de uma ECCI: 5 enfermeiros 7 horas de médico por semana, 2 meios de transporte, 1 telemóvel por profissional e 1 Tablet ou PC portátil.

Com estes pressupostos o diagnóstico realizado constatou enorme heterogeneidade de recursos humanos, materiais e de procedimentos o que limita a efetividade de resposta.

Quadro 9 - Metas para ECCI 2030

Região	ECCI 2023	Meta	Em falta
Norte	113	119	6
Centro	72	105	33
LVT	62	98	36
Alentejo	38	38	0
Algarve	26	17	0
Total	311	377	66

Fonte: ACSS

Importa agora confirmar estas metas e atualizar as condições de funcionamento destas equipas (ver Pilar 1)

No quadro seguinte apresenta-se informação detalhada sobre os níveis de cobertura de recursos humanos correspondentes, face às metas 2030 fixadas, na rede geral do RNCCI.

Quadro 26 – Estimativa de profissionais RNCCI em 2030

Quadro 10 – Estimativa de profissionais RNCCI em 2030*

UC	NUT II	População 65+ (projeção 2030)	Meta (n.º lugares)	Necessidade abertura lugares até 2030	N.º de unidades até 2030	Médico	Psicólogo	Enfermeiro	Fisioterapeuta	As Social	Terapeuta da fala	Animador sociocultural	Nutricionista	Terapeuta ocupacional	Auxiliar	Total
	Portugal cont.		2670152	3738	1076	36	41,	20,5	492,0	82,0	41,0	8,2	20,5	5,1	41,0	574,0
Norte		974571	1364	572	19	21,8	10,9	261,7	43,6	21,8	4,4	10,9	2,7	21,8	305,3	704,9
Centro		632584	886	314	10	11,9	6,0	143,4	23,9	11,9	2,4	6,0	1,5	11,9	167,3	386,2
LVT		748018	1047	57	2	2,2	1,1	26,2	4,4	2,2	0,4	1,1	0,3	2,2	30,5	70,5
Alentejo		199354	279	105	4	4,0	2,0	48,0	8,0	4,0	0,8	2,0	0,5	4,0	56,1	129,4
Algarve		115625	162	28	1	1,1	0,5	12,7	2,1	1,1	0,2	0,5	0,1	1,1	14,9	34,3
UMDR	NUT II	População 65+ (projeção 2030)	Meta (n.º lugares)	Necessidade abertura lugares até 2030	N.º de unidades até 2030	Médico	Psicólogo	Enfermeiro	Fisioterapeuta	As Social	Terapeuta da fala	Animador sociocultural	Nutricionista	Terapeuta ocupacional	Auxiliar	Total
	Portugal cont.	2670152	4272	464	15	13,3	8,8	159,2	35,4	17,7	3,5	8,8	2,2	17,7	212,2	478,8
	Norte	974571	1559	376	13	10,8	7,2	129,0	28,7	14,3	2,9	7,2	1,8	14,3	172,0	388,1
	Centro	632584	1012	93	3	2,7	1,8	31,9	7,1	3,5	0,7	1,8	0,4	3,5	42,6	96,1
	LVT	748018	1197	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Alentejo	199354	319	91	3	2,6	1,7	31,2	6,9	3,5	0,7	1,7	0,4	3,5	41,6	93,8
Algarve	115625	185	36	1	1,0	0,7	12,3	2,7	1,4	0,3	0,7	0,2	1,4	16,5	37,1	
ULMD	NUT II	População 65+ (projeção 2030)	Meta (n.º lugares)	Necessidade abertura lugares até 2030	N.º de unidades até 2030	Médico	Psicólogo	Enfermeiro	Fisioterapeuta	As Social	Terapeuta da fala	Animador sociocultural	Nutricionista	Terapeuta ocupacional	Auxiliar	Total
	Portugal cont.	2670152	10681	2094	70	39,9	39,9	476,5	39,9	79,8	0,0	79,8	8,0	39,9	638,1	1443,6
	Norte	974571	3898	943	31	18,0	18,0	215,6	18,0	35,9	0,0	35,9	3,6	18,0	287,5	650,4
	Centro	632584	2530	893	30	17,0	17,0	204,2	17,0	34,0	0,0	34,0	3,4	17,0	272,3	616,0
	LVT	748018	2992	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Alentejo	199354	797	358	12	6,8	6,8	81,9	6,8	13,7	0,0	13,7	1,4	6,8	109,2	247,1
Algarve	115625	463	87	3	1,6	1,6	19,8	1,6	3,3	0,0	3,3	0,3	1,6	26,4	59,6	
UDPA	NUT II	População 65+ (projeção 2030)	Meta (n.º lugares)	Necessidade abertura lugares até 2030	N.º de unidades até 2030	Médico	Psicólogo	Enfermeiro	Fisioterapeuta	As Social	Terapeuta da fala	Animador sociocultural	Nutricionista	Terapeuta ocupacional	Auxiliar	Total
	Portugal cont.	2670152	2670	2170	72	16,5	41,3	41,3	41,3	41,3	0,0	82,7	0,0	41,3	248,0	553,9
	Norte	974571	975	800	27	6,1	15,2	15,2	15,2	15,2	0,0	30,5	0,0	15,2	91,4	204,1
	Centro	632584	633	533	18	4,1	10,1	10,1	10,1	10,1	0,0	20,3	0,0	10,1	60,9	135,9
	LVT	748018	748	573	19	4,4	10,9	10,9	10,9	10,9	0,0	21,8	0,0	10,9	65,5	146,3
	Alentejo	199354	199	174	6	1,3	3,3	3,3	3,3	3,3	0,0	6,6	0,0	3,3	19,9	44,5
Algarve	115625	116	91	3	0,7	1,7	1,7	1,7	1,7	0,0	3,5	0,0	1,7	10,4	23,1	
Totais						110,7	110,6	1171,0	198,6	179,8	11,7	191,8	15,3	139,9	1672,3	3801,6

*O número de efetivo não é arredondado, propositadamente, para não distorcer a realidade, dos totais gerais.

Nota: A projeção é feita tendo em conta o ETC a 35h. As UDPA, sendo uma tipologia a iniciar em experiência piloto, será objeto de análise quanto às condições de desenvolvimento e definição de necessidades, podendo a projeção inicial sofrer adaptação.

Fonte: DRS, ACSS 2024

2. METAS DE EXPANSÃO DA REDE E DE RH – RNCCI – Saúde Mental

Nos quadros seguintes são apresentadas as metas ao nível da expansão de lugares até 2030 na RNCCI – Saúde Mental.

No primeiro quadro apresentam-se as projeções para 2030 e com aplicação do rácio de lugares por 10.000 habitantes, chega-se a uma meta ideal em 2030.

Nos quadros seguintes, em face das existências em dez/2023 e dos lugares PRR a adicionar até 2025, conclui-se com a apresentação das necessidades de lugares a suprir no cenário pós implementação do PRR.

Quadro 11 - RNCCI Saúde Mental - Projeção de necessidades 2030

NUT II	População 2030	Rácios CCISM (3,3/10 000)	Lugares para adultos (80%)	RTA (15%)	RA (5%)	RAMo (15%)	RAMa (15%)	USO (30%)	EAD (20%)	Lugares para IA (20%)	RTA/IA (25%)	RAMa/IA (10%)	USO/IA (30%)	EAD/IA (35%)
Continente	9798879	3234	2587	388	129	388	388	776	517	647	162	65	194	226
Norte	3511403	1159	927	139	46	139	139	278	185	232	58	23	70	81
Centro	2134273	704	563	85	28	85	85	169	113	141	35	14	42	49
LVT	2993084	988	790	119	40	119	119	237	158	198	49	20	59	69
Alentejo	685394	226	181	27	9	27	27	54	36	45	11	5	14	16
Algarve	474725	157	125	19	6	19	19	38	25	31	8	3	9	11

Fontes: População (projeção 2030): INE; cenário central.

Quadro 12 - RNCCI Saúde Mental - Existências em 31/12/2023

NUT II	RTA	RA	RAMo	RAMa	USO	EAD	RTA/IA	RAMa/IA	USO/IA	EAD/IA
Continente	37	27	54	67	181	112	7	0	30	0
Norte		14	0	24	55	48	7		10	0
Centro	18		24	24	86	8				0
LVT	19	13	10	19		32	0		0	0
Alentejo			20	0		8				0
Algarve			0	0	40	16			20	0

Fontes: ACSS

Quadro 13 - Cenário pós-PRR em dezembro 2025 (existências 2023 + metas PRR)

NUT II	RTA	RA	RAMo	RAMa	USO	EAD	RTA/IA	RAMa/IA	USO/IA	EAD/IA
Continente	145	69	230	355	391	212	91	72	50	0
Norte	24	28	32	96	175	78	19	24	30	0
Centro	54	0	56	48	146	28	12	0	0	0
LVT	55	41	90	115	0	52	48	24	0	0
Alentejo	0	0	36	72	0	28	0	12	0	0
Algarve	12	0	16	24	70	26	12	12	20	0

Fontes: ACSS

Quadro 14 - Necessidades a suprir (Metas 2030 - Cenário pós PRR)

NUT II	RTA	RA	RAMo	RAMa	USO	EAD	RTA/IA	RAMa/IA	USO/IA	EAD/IA
Continente	243	60	158	33	385	305	71	-7	144	226
Norte	115	18	107	43	103	107	39	-1	40	81
Centro	31	28	29	37	23	85	23	14	42	49
LVT	64	-1	29	4	237	106	1	-4	59	69
Alentejo	27	9	-9	-45	54	8	11	-7	14	16
Algarve	7	6	3	-5	-32	-1	-4	-9	-11	11

Fontes: ACSS

Nas tipologias de cuidados continuados integrados de saúde mental (CCISM), os rácios definidos terão de ser melhor ajustados às necessidades que, entretanto, têm sido apuradas pelas Coordenações Regionais de Saúde Mental (CRSM), entidades responsáveis pelo planeamento destas respostas no âmbito das Equipas de Coordenação Regional (ECR) da RNCCI, que integram. Foi proposto durante a experiência piloto um rácio de 3,3 lugares por 10 000 habitantes, o que corresponderia a cerca de 3 200 lugares nesta área de cuidados em 2030. Atualmente existem 515 lugares em CCISM, com participação de 314 profissionais (186 ETC), prevendo-se mais 580 ETC até 2030, conforme quadro infra.

Quadro 15 - CCISM - Recursos 2023 e projeção de ETC até 2030

NUT II	Nº de profissionais 2023	Nº de horas 2023	N.º de ETC 2023	Necessidades até 2030
Norte	90	2 043	58	229
Centro	101	2 245	64	90

LVT	58	1 213	35	210
Alentejo	23	315	9	42
Algarve	42	698	20	8
Total	314	6 512	186	580

Fonte: ACSS

No quadro seguinte apresenta-se informação detalhada sobre os níveis de cobertura de recursos humanos correspondentes, face às metas 2030 fixadas, nos CCISM.

Quadro 16 - Detalhe dos RH CCISM (Cenário 2030) **

Tipologias adultos

	NUT II	População continente >18 anos (projeção 2030)	Rácios CCISM (3,3/10 000)	Lugares para adultos (80%)	Lugares em RTA (15%)	N.º de unidades até 2030	Médico	Psicólogo	Enfermeiro	As Social	Técnico da área de reabilitação psicossocial*	Monitor	Auxiliar	Total
RTA	Portugal continental	8316171	2744	2195	329	24	,0	7,0	7,0	7,0	24,4	12,2	116,9	174,3
	Norte	3026329	999	799	120	10	0,0	2,9	2,9	2,9	10,0	5,0	47,9	71,5
	Centro	1848861	610	488	73	5	0,0	1,3	1,3	1,3	4,6	2,3	22,1	32,9
	LVT	2460860	812	650	97	7	0,0	1,9	1,9	1,9	6,5	3,3	31,4	46,8
	Alentejo	587740	194	155	23	2	0,0	0,6	0,6	0,6	1,9	1,0	9,3	13,9
	Algarve	392381	129	104	16	1	0,0	0,4	0,4	0,4	1,3	0,6	6,2	9,3

	NUT II	População continente >18 anos (projeção 2030)	Rácios CCISM (3,3/10 000)	Lugares para adultos (80%)	Lugares em RA (5%)	N.º de unidades até 2030	Médico	Psicólogo	Enfermeiro	As Social	Técnico da área de reabilitação psicossocial*	Monitor	Auxiliar	Total
RA	Portugal continental	8316171	2744	2195	110	12	0,0	0,0	0,0	2,4	0,0	0,0	1,7	4,1
	Norte	3026329	999	799	40	6	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,8	2,0
	Centro	1848861	610	488	24	1	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,2	0,5
	LVT	2460860	812	650	32	3	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,4	1,0
	Alentejo	587740	194	155	8	1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2	0,4
	Algarve	392381	129	104	5	1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,3
RAMo	Portugal continental	8316171	2744	2195	329	17	0,0	2,9	2,9	2,9	17,0	17,0	81,6	124,4
	Norte	3026329	999	799	120	7	0,0	1,3	1,3	1,3	7,5	7,5	36,0	54,8
	Centro	1848861	610	488	73	3	0,0	0,5	0,5	0,5	3,1	3,1	14,8	22,5
	LVT	2460860	812	650	97	5	0,0	0,9	0,9	0,9	5,5	5,5	26,2	40,0
	Alentejo	587740	194	155	23	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Algarve	392381	129	104	16	1	0,0	0,2	0,2	0,2	1,0	1,0	4,7	7,1
RAMa	Portugal continental	8316171	2744	2195	329	11	0,0	0,0	35,0	2,2	10,9	10,9	87,4	146,5

	Norte	3026329	999	799	120	4	0,0	0,0	12,8	0,8	4,0	4,0	31,9	53,5
	Centro	1848861	610	488	73	2	0,0	0,0	6,6	0,4	2,1	2,1	16,4	27,5
	LVT	2460860	812	650	97	3	0,0	0,0	10,5	0,7	3,3	3,3	26,2	43,8
	Alentejo	587740	194	155	23	1	0,0	0,0	3,1	0,2	1,0	1,0	7,8	13,0
	Algarve	392381	129	104	16	1	0,0	0,0	2,1	0,1	0,6	0,6	5,2	8,7
	NUT II	População contigente >18 anos (projeção 2030)	Rácios CCISM (3,3/10 000)	Lugares para adultos (80%)	Lugares em USO (30%)	N.º de unidades até 2030	Médico	Psicólogo	Enfermeiro	As Social	Técnico da área de reabilitação psicossocial*	Monitor	Auxiliar	Total
USO	Portugal continental	8316171	2744	2195	659	22	0,0	11,0	0,0	11,0	43,9	43,9	0,0	109,8
	Norte	3026329	999	799	240	6	0,0	3,1	0,0	3,1	12,3	12,3	0,0	30,8
	Centro	1848861	610	488	146	2	0,0	1,0	0,0	1,0	4,0	4,0	0,0	10,1
	LVT	2460860	812	650	195	6	0,0	3,2	0,0	3,2	13,0	13,0	0,0	32,5
	Alentejo	587740	194	155	47	2	0,0	0,8	0,0	0,8	3,1	3,1	0,0	7,8
	Algarve	392381	129	104	31	0	0,0	-0,1	0,0	-0,1	-0,6	-0,6	0,0	-1,5
EAD	NUT II	População contigente >18 anos (projeção 2030)	Rácios CCISM (3,3/10 000)	Lugares para adultos (80%)	Lugares em EAD (20%)	N.º de unidades até 2030	Médico	Psicólogo	Enfermeiro	As Social	Técnico da área de reabilitação psicossocial*	Monitor	Auxiliar	Total
	Portugal continental	8316171	2744	2195	439	41	0,0	14,0	14,0	14,0	23,4	0,0	140,2	205,6
	Norte	3026329	999	799	160	14	0,0	4,8	4,8	4,8	8,0	0,0	47,9	70,3
	Centro	1848861	610	488	98	11	0,0	3,8	3,8	3,8	6,4	0,0	38,4	56,3
	LVT	2460860	812	650	130	12	0,0	4,2	4,2	4,2	7,0	0,0	42,0	61,6
	Alentejo	587740	194	155	31	3	0,0	1,0	1,0	1,0	1,6	0,0	9,9	14,5
	Algarve	392381	129	104	21	1	0,0	0,2	0,2	0,2	0,3	0,0	2,0	3,0

Tipologias Infância e adolescência														
RTA/IA	NUT II	População contínente <18 anos (projeção 2030)	Rácios CCISM (3,3/10 000)	Lugares para IA (20%)	Lugares em RTA/IA (25%)	N.º de unidades até 2030	Médico	Psicólogo	Enfermeiro	As Social	Técnico da área de reabilitação psicossocial*	Monitor	Auxiliar	Total
	Portugal continental	1403176	463	93	23	1	0,3	0,5	4,8	0,5	1,0	8,0	0,0	15,1
	Norte	459286	152	30	8	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Centro	270237	89	18	4	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	LVT	503697	166	33	8	1	0,2	0,3	3,3	0,3	0,7	5,5	0,0	10,4
	Alentejo	92345	30	6	2	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Algarve	77611	26	5	1	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	RAMa/IA	NUT II	População contínente <18 anos (projeção 2030)	Rácios CCISM (3,3/10 000)	Lugares para IA (20%)	Lugares em RAMa/IA (10%)	N.º de unidades até 2030	Médico	Psicólogo	Enfermeiro	As Social	Técnico da área de reabilitação psicossocial*	Monitor	Auxiliar
Portugal continental		1403176	463	93	9	1	0,3	0,5	4,8	0,5	2,0	0,0	11,2	19,3
Norte		459286	152	30	3	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Centro		270237	89	18	2	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
LVT		503697	166	33	3	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Alentejo		92345	30	6	1	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Algarve		77611	26	5	1	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
USO/IA	NUT II	População contínente <18 anos	Rácios CCISM (3,3/10 000)	Lugares para IA (20%)	Lugares em USO/IA (30%)	N.º de unidades até 2030	Médico	Psicólogo	Enfermeiro	As Social	Técnico da área de reabilitação psicossocial*	Monitor	Auxiliar	Total

	(projeção 2030)													
Portugal continental	1403176	463	93	28	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Norte	459286	152	30	9	0	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,1	-0,1	0,0	-0,3	
Centro	270237	89	18	5	0	0,0	0,3	0,0	0,3	0,5	0,5	0,0	1,6	
LVT	503697	166	33	10	0	0,0	0,5	0,0	0,5	1,0	1,0	0,0	3,0	
Alentejo	92345	30	6	2	0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,2	0,2	0,0	0,5	
Algarve	77611	26	5	2	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
EAD/IA	NUT II	População continente <18 anos (projeção 2030)	Rácios CCISM (3,3/10 000)	Lugares para IA (20%)	Lugares em EAD/IA (35%)	N.º de unidades até 2030	Médico	Psicólogo	Enfermeiro	As Social	Técnico da área de reabilitação psicossocial*	Monitor	Auxiliar	Total
	Portugal continental	1403176	463	93	32	4	0	2	2	2	2	8	0	16
	Norte	459286	152	30	11	1	0,0	0,7	0,7	0,7	0,7	2,7	0,0	5,3
	Centro	270237	89	18	6	1	0,0	0,4	0,4	0,4	0,4	1,6	0,0	3,1
	LVT	503697	166	33	12	1	0,0	0,7	0,7	0,7	0,7	2,9	0,0	5,8
	Alentejo	92345	30	6	2	0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,5	0,0	1,1
	Algarve	77611	26	5	2	0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,4	0,0	0,9
	Totais						0,6	37,9	70,5	42,4	124,6	100,1	439,1	815,2

** O número de efetivos não é arredondado, propositadamente, para não destorcer a realidade (totais).

* Pode incluir:

Terapeuta ocupacional, Terapeuta da fala, Animador sociocultural, Psicomotricista, Educador

NOTA FINAL: Na área de cuidados integrados pediátricos (UCIP), o desenvolvimento das respostas ainda se encontra numa fase inicial, tendo ainda que ser definidas as tipologias a desenvolver, e consolidado os respetivos serviços e equipas, de acordo com as necessidades apuradas.